



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

SIMONIZE CUNHA BARRETO DE MENDONÇA

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO
DOS PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2**

**LINHA DE PESQUISA: MODELOS TEÓRICOS E AS TECNOLOGIAS NA
ENFERMAGEM PARA O CUIDADO DO INDÍVIDUO E GRUPOS SOCIAIS**

**ORIENTADORA: DRA. LIUDMILA MIYAR OTERO
CO-ORIENTADORA: DRA. JOSEILZE SANTOS DE ANDRADE**

**ARACAJU-SERGIPE
JANEIRO/2016**

SIMONIZE CUNHA BARRETO DE MENDONÇA

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DOS
PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como
requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: DRA. LIUDMILA MIYAR OTERO
CO-ORIENTADORA: DRA. JOSEILZE SANTOS DE ANDRADE

ARACAJU-SERGIPE
JANEIRO/2016

SIMONIZE CUNHA BARRETO DE MENDONÇA

**CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DOS
PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS* TIPO 2**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe como
requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Liudmila Miyar Otero

Profa. Dra. Joseilze Santos de Andrade

Profa. Dra. Maria Lúcia Zanetti

Prof^ª. Dr^ª. Namie Okino Sawada

PARECER

DEDICATÓRIA

A Deus, pela presença constante em minha vida, proporcionando-me força e sabedoria para transpor os obstáculos dessa caminhada.

A meu marido e grande amor, Eduardo (Cadu), por todo carinho, apoio, compreensão e paciência. Por cuidar de mim e fazer de tudo para que os meus sonhos sejam realizados.

Aos meus pais, Simone e Ronaldo, que me deram a vida e contribuíram para a minha formação pessoal e profissional. A minha irmã, Larissa, por torcer pelas minhas conquistas.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Profa. Liudmila Miyar Otero, pela parceria, por ser a maior incentivadora para continuidade e conclusão desse trabalho. Agradeço pelos valiosos ensinamentos pessoais e científicos, que me tornaram uma pessoa e profissional melhor.

A minha co-orientadora, Profa. Joseilze Santos de Andrade, pela amizade, incentivo e orientações concedidas nesse trabalho. Pela doçura e carinho com que sempre me recebeu, pela confiança durante minha trajetória acadêmica e profissional.

Ao Prof. David Lopes Neto, pelas importantes contribuições para o aperfeiçoamento desse trabalho. Suas reflexões foram inspiradoras.

As Profa. Maria Lúcia Zanetti e Namie Okino Sawada, por toda atenção dispensada e pelas valiosas contribuições científicas para o aprimoramento da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEN) pelos ensinamentos e aos funcionários, sempre dispostos a atender nossas solicitações.

A todas as colegas do mestrado, por compartilhar angústias, dúvidas, cansaço, mas também, por dividir sonhos, alegrias, conquistas, conhecimentos. Em especial a amiga Pablíane Matias Lordelo Marinho, pela atenção cuidadosa e apoio.

Ao Grupo de Pesquisa Multiprofissional em Diabetes *Mellitus*, pela oportunidade de fazer parte da sua formação. Desejo que se fortaleça a cada ano.

A enfermeira Elenalda Ferreira dos Santos (Lena), pela disponibilidade e por compartilhar sua inspiradora experiência profissional.

Ao Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR) pela autorização para realização do estudo e aos funcionários, pela acolhida e colaboração.

Aos profissionais e pacientes que participaram do estudo, pela disponibilidade e por compartilharem as experiências e conhecimentos. Por serem a razão para a construção do produto dessa pesquisa.

A teórica de Enfermagem, Dorothea Orem, por ter sido a fonte de inspiração nesse estudo.

RESUMO

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico com abordagem psicométrica que teve por objetivo construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). O percurso metodológico norteou-se nos procedimentos teóricos para elaboração de instrumento psicométrico e fundamentou-se no modelo teórico do autocuidado de Dorothea Orem. Os procedimentos teóricos compreenderam a definição do construto “autocuidado de pacientes com DM2”, o qual delineou-se a partir do referencial teórico adotado, da literatura pertinente e de estudo qualitativo, com a técnica de grupo focal, utilizando a análise de conteúdo. Foram formados três grupos focais distintos, um composto por oito profissionais de saúde com experiência no manejo de pacientes com DM2 e os outros dois compostos por 26 pacientes com DM cadastrados em um programa educativo de um serviço ambulatorial de referência do Estado de Sergipe. Esse estudo permitiu descrever os significados atribuídos pelos profissionais e pacientes aos seis requisitos de autocuidado no desvio da saúde de Orem, definidos como as dimensões teóricas do instrumento, a saber: buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada (responsabilização mútua, acessibilidade, fatores condicionantes básicos); conhecer e considerar a doença e suas complicações (aspectos relacionados à doença); aderir ao tratamento (tratamento medicamentoso e não medicamentoso); conhecer e considerar os desconfortos do tratamento (efeitos colaterais e desconfortos psicoemocionais); aceitar a doença (humanização terapêutica, reconhecimento da necessidade de controlar a doença, valorização da equipe de saúde e dos resultados do tratamento) e aprender a viver com os efeitos da doença (valorização do estilo de vida e autoestima). O instrumento foi submetido à análise semântica e conceitual por um painel de sete juízes e, na sequência, a um pré-teste com 14 pacientes com diabetes, resultando em um instrumento com 131 itens. Na validação de conteúdo, os juízes avaliaram os itens quanto aos domínios a que pertenciam, à permanência no instrumento e aos critérios psicométricos que possuíam, sendo calculado o Índice de Validade de Conteúdo para cada um dos itens (IVCi) e a média de IVCi (IVCs) para o conjunto de itens de cada domínio. A validade de conteúdo de uma escala foi considerada excelente quando atingiu um $IVCi \geq 0,75$ e uma média de IVCs $\geq 0,90$. Quanto aos domínios, 129 itens apresentaram $IVCi \geq 0,78$ e todos os domínios exibiram $IVCs \geq 0,90$. Para permanência no instrumento, todos os itens apresentaram $IVCi \geq 0,78$ e o conjunto de itens de cada domínio apresentou $IVCs \geq 0,90$, a saber domínio A (0,99), B (1,00), C (0,98), D (1,00), E (0,97) e F (0,96). No julgamento dos critérios psicométricos (objetividade, clareza, precisão, tipicidade, simplicidade, relevância, modalidade e credibilidade), de maneira geral, os itens apresentaram uma avaliação satisfatória, e foram reformulados conforme as sugestões do painel de juízes. Foi desenvolvido e validado o conteúdo do Instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com DM2 (INAAP-DM2), que consiste em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos e permite mensurar em cada dimensão os requisitos de autocuidado, classificando-os em três níveis: Totalmente Compensatório, Parcialmente Compensatório e Apoio-Educação. O desenvolvimento de uma tecnologia, que considere a multidimensionalidade dessa enfermidade, poderá instrumentalizar equipes multiprofissionais na utilização de um modelo de atenção integral aos pacientes com DM2, com base nos pressupostos teóricos de Orem para os requisitos de autocuidado.

Palavras-chave: Autocuidado; Diabetes *Mellitus* Tipo 2; Escalas; Psicometria; Validade dos Testes.

ABSTRACT

This is a methodological development study with psychometric approach, which aims to build an assessment tool of self-care of patients with diabetes mellitus type 2 (DM2). The methodological path was guided by theoretical processing procedures of psychometric instruments and the theoretical foundation for self-care model of Dorothea Orem was used. Theoretical procedures included the definition of the construct "Self-care of patients with DM2" and was conducted with the use of the theoretical framework adopted; it gives related and qualitative study literature, with the focus group technique, using content analysis. Three different focus groups, one of eight health professionals with experience in the management of patients with DM2 and the other two compounds in 26 patients with DM treated in an educational program of a health service outpatient formed in the State Sergipe. This study allowed us to describe the meanings attributed by professionals and patients to self-care six requirements in the diversion of Health according to the theory of Orem, which were defined as the theoretical dimensions of the instrument. We requirements were: finding and securing adequate multidisciplinary care (mutual accountability, accessibility, basic conditioning factors); know and consider the disease and its complications (disease-related aspects); adhere to treatment (drug treatment and drug); know and consider the inconvenience of treatment (side effects and psycho-emotional distress); accept the disease (humanization of treatment, recognizing the need to control the disease, recovery team Health and treatment outcomes), and learn to live with the effects of the disease (enhancement of style and self-esteem). It was developed an assessment tool Self-care of patients with DM2 (INAAP-DM2) containing 131 itens and consists of a Likert scale of five points and to measure in each of the dimensions the requirements of self, classifying three levels: Totally Compensatory, Partially Compensatory and education support. The same was subjected to a validation process content. For this, the instrument passes through a semantic and conceptual analysis by a panel of seven judges. It was subsequently conducted a pre-test with 14 patients with DM2. For content validation, the judges evaluated items related to the domains to which they belonged, their stay in the instrument and presents psychometric criteria. It was calculated the content validity index for each items (IVCi) and mean IVCi (IVCS) for all the items of each domain. The content validity of the instrument was considered excellent when it came to a $IVCi \geq 0.75$ and an average of $IVCS \geq 0.90$. After calculation was obtained those 129 items were $IVCi \geq 0.78$ and all domains showed $IVCS \geq 0.90$. With regard to remain in the instrument, all items showed $IVCi \geq 0.78$ and the set of items for each domain presented $IVCS \geq 0.90$, that is, the domain A (0.99) B (1.00) C (0, 98) D (1.00) E (0.97) and F (0,96). In the trial of psychometric criteria (objectivity, clarity, precision, criminality, simplicity, relevance and credibility mode), in general, they showed a satisfactory assessment items, and have been updated according to the suggestions of the panel of judges. The development of a technology that takes into account the multidimensional nature of this disease can help multidisciplinary teams in the use of a model of comprehensive care of patients with DM2.

Keywords: Self-Care; Diabetes Mellitus Type 2; Psychometric Scales; Test Validity.

RESUMEN

Este es un estudio de desarrollo metodológico con abordaje psicométrico, que tiene como objetivo construir un instrumento de evaluación de auto-cuidado de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). El camino metodológico fue guiado por los procedimientos teóricos de elaboración de instrumentos psicométricos y para su fundamentación se utilizó el modelo teórico de autocuidado de Dorothea Orem. Los procedimientos teóricos incluyeron la definición del constructo "Autocuidado de los pacientes con DM2", y fue realizado con la utilización del marco teórico adoptado, la literatura relacionada y de un estudio cualitativo, con la técnica de grupo focal, utilizando un análisis de contenido. Se formaron tres grupos focales diferentes, uno compuesto por ocho profesionales de la salud con experiencia en el manejo de pacientes con DM2 y los otros dos compuestos en 26 pacientes con DM atendidos en un programa educativo de un servicio de salud de consulta externa en el Estado de Sergipe. Este estudio nos permitió describir los significados atribuidos por los profesionales y los pacientes para seis requisitos de autocuidado en el desvío de la Salud según la teoría de Orem, los cuales fueron definidas como las dimensiones teóricas del instrumento. Los requisitos fueron: buscar y asegurar la atención multidisciplinaria adecuada (responsabilidad mutua, la accesibilidad, los factores condicionantes básicos); conocer y considerar la enfermedad y sus complicaciones (aspectos relacionados con la enfermedad); adherir al tratamiento (tratamiento con medicamentos y sin medicamentos); conocer y considerar las molestias del tratamiento (efectos secundarios y el malestar psico-emocional); aceptar la enfermedad (humanización del tratamiento, el reconocimiento de la necesidad de controlar la enfermedad, valorización del equipo de Salud y de los resultados del tratamiento), y aprender a vivir con los efectos de la enfermedad (valorización del estilo y autoestima). Fue elaborado un Instrumento de Evaluación de Auto-cuidado de pacientes con DM2 (INAAP-DM2), que contiene 131 ítems y consiste en una escala tipo *Likert de* cinco puntos y permite medir en cada una de las dimensiones los requisitos de autocuidado, clasificándolos en tres niveles: Totalmente Compensatorio, Parcialmente Compensatorio e Apoio-Educação. El mismo fue sometido a un proceso de validación de contenido. Para esto el instrumento pasó por un análisis semántico y conceptual por un panel de siete jueces. Posteriormente fue realizado un pre-test con 14 pacientes con DM2. Para la validación de contenido, los jueces evaluaron los ítems en relación a los dominios a los cuales pertenecían, a su permanencia en el instrumento y a los criterios psicométricos presentes. Fue calculado el índice de validez de contenido para cada uno de los ítems (IVCi) y la media del IVCi (IVCS) para el conjunto de los ítems de cada dominio. La validez de contenido del instrumento se consideró excelente cuando llegó a un IVCi $\geq 0,75$ y una media de IVCS $\geq 0,90$. Después del cálculo se obtuvo que: 129 ítems tenían IVCi $\geq 0,78$ y todos los dominios mostraron IVCS $\geq 0,90$. Con relación a permanecer en el instrumento, todos los ítems mostraron IVCi $\geq 0,78$ y el conjunto de ítems de cada dominio presentó IVCS $\geq 0,90$, es decir, el dominio A (0,99) B (1,00), C (0,98) D (1,00) E (0,97) y F (0,96). En el juzgamiento de los criterios psicométricos (objetividad, claridad, precisión, tipicidad, simplicidad, relevancia, modalidad y credibilidad), en general, los ítems mostraron una evaluación satisfactoria, y han sido actualizados de acuerdo con las sugerencias del panel de jueces. El desarrollo de una tecnología, que tiene en cuenta el carácter multidimensional de esta enfermedad, podrá ayudar a los equipos multidisciplinarios en el uso de un modelo de atención integral de los pacientes con DM2.

Palabras clave: Autocuidado; Diabetes Mellitus Tipo 2; Escalas Psicométricas; Validez de las Pruebas.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Esquematisação do Modelo Teórico de Dorothea Orem (2001).....	32
Figura 2 -	Organograma metodológico da elaboração do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de pacientes com DM2. Aracaju-SE, 2015.....	47
Figura 3 -	Fluxograma de identificação e seleção dos juízes. Aracaju-SE, 2015.....	57

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Critérios psicométricos para elaboração os itens (Pasquali, 2010).....	39
Quadro 2 -	Dimensões e as respectivas categorias empíricas provenientes dos grupos focais. Aracaju-SE, 2015.....	53
Quadro 3 -	Adaptação do sistema de classificação de especialistas do Modelo de Validação Fehring. Aracaju-SE, 2015.....	56
Quadro 4 -	Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de <i>Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada</i> . Aracaju-SE, 2015.....	66
Quadro 5 -	Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de <i>Conhecer e considerar a doença e suas complicações</i> . Aracaju- SE, 2015.....	68
Quadro 6 -	Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de <i>Aderir ao tratamento</i> . Aracaju-SE, 2015.....	69
Quadro 7 -	Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de <i>Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento</i> . Aracaju-SE, 2015.....	72
Quadro 8 -	Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de <i>Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde</i> . Aracaju-SE, 2015.....	73
Quadro 9 -	Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de <i>Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida</i> . Aracaju-SE, 2015.....	75
Quadro 10 -	Pontuação dos juízes segundo critérios adaptados do modelo de Fehring. Aracaju-SE, 2015.....	76
Quadro 11 -	Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju-SE, 2015.....	97
Quadro 12 -	Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju-SE, 2015.....	125

Quadro 13 -	Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2.	136
	Aracaju-SE, 2015.....	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição dos profissionais participantes do grupo focal, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju-SE, 2015.....	62
Tabela 2 -	Distribuição dos pacientes participantes do grupo focal, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju-SE, 2015.....	64
Tabela 3 -	Distribuição dos juízes segundo variáveis sociodemográficas e relacionadas à profissão. Aracaju-SE, 2015.....	77
Tabela 4 -	Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju-SE, 2015.....	80
Tabela 5 -	Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju-SE, 2015.....	87
Tabela 6 -	Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju-SE, 2015.....	110
Tabela 7 -	Distribuição dos pacientes participantes do pré-teste, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju-SE, 2015.....	121

LISTA DE SIGLAS

AADE	American Association of Diabetes Educators
ADA	American Diabetes Association
ASAS-R	Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEMAR	Centro de Especialidades Médicas de Aracaju
DCCT	Diabetes Control And Complications Trial
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DCP	Diabetes Care Profile
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM1	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 1
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
DSES	Diabetes Self-efficacy Scale
ECDAC	Escala para Identificação da Competência do portador de Diabetes mellitus para o Autocuidado
HbA1C	Hemoglobina glicada
ICC	Curva Característica do Item
IDF	Federação Internacional do Diabetes
IMDSES	Insulin Management Diabetes Self-efficacy
INAAP-DM2	Instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com DM2
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
IVCi	Índice de Validade de Conteúdo do Item
IVCs	Índice de Validade de Conteúdo da Escala
MARS	Medication Adherence Report Scale

MMAS	Morisky Medication Adherence Scale
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAID	Problem Areas in Diabetes Scale
QAD	Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
SDM	Protocolo Staged Diabetes Management
SDSCA	Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SIS/HIPERDIA	Sistema de Cadastro Nacional de Portadores de Hipertensão e Diabetes
SMP-TD2	Self-management Profile for Type 2 Diabetes
TRI	Teoria da Resposta ao Item
UKPDS	United Kingdom Prospective Diabetes Study
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVOS	20
2.1 Geral	20
2.2 Específicos.....	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 Aspectos epidemiológicos das DCNTs e do diabetes mellitus.....	21
3.2 Estratégias específicas para o enfrentamento do diabetes <i>mellitus</i> como DCNTs	24
3.3 A educação em diabetes com enfoque nas ações de autocuidado	26
4 REFERENCIAL TEÓRICO	32
4.1 Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem	32
4.2 Modelo Teórico de Construção de Instrumentos de Luiz Pasquali	36
4.2.1 Procedimentos Teóricos.....	37
4.2.2 Procedimentos Empíricos	46
4.2.3 Procedimentos Analíticos	46
5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
5.1 Delineamento do estudo	46
5.2 Construção do construto “autocuidado de pacientes com diabetes <i>mellitus</i> tipo 2”.....	46
5.3 Operacionalização do constructo e construção do instrumento.....	53
5.3.1 Tipo de escala e sistema de pontuação	53
5.3.2 Itens da escala	55
5.4 Análise teórica dos itens	55
5.4.1 Análise dos juízes	55
5.4.2 Análise semântica dos itens	59
5.5 Processamento e Análise dos dados	60
5.6 Aspectos Éticos.....	61
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	62
6.1 Desenvolvimento dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2.....	62
6.1.1 Caracterização dos participantes dos grupos focais	62

6.1.2 Operacionalização do construto.....	65
6.2 Validação de conteúdo do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2.....	76
6.2.1 Caracterização dos juízes.....	76
6.2.2 Validação de conteúdo dos itens	78
6.2.3 Avaliação dos critérios psicométricos dos itens	108
6.3 Análise semântica do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2...	121
6.3.1 Caracterização dos pacientes	121
6.3.2 Alterações do instrumento após o pré-teste.....	122
6.4 Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2	136
7 CONCLUSÕES.....	150
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	151
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A	160
APÊNDICE B.....	162
APÊNDICE C	163
APÊNDICE D	168
APÊNDICE E.....	169
APÊNDICE F.....	170
APÊNDICE G	171
APÊNDICE H	172
APÊNDICE I	173
APÊNDICE J	174

1 INTRODUÇÃO

O diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) é um dos maiores problemas de saúde pública mundial, haja vista a alta prevalência e o impacto expressivo em termos de mortalidade e morbidade. A complexidade no manejo do DM2 deve-se à multiplicidade de fatores envolvidos no tratamento, desde a manutenção de uma alimentação saudável, automonitoramento de glicose, administração de medicamentos, atividade física regular, cuidados com os pés, ao enfrentamento saudável e redução de riscos (AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE), 2011; ROXAS & NICODEMUS, 2013). Enquanto doença crônica, o sucesso do tratamento depende fortemente da participação e do envolvimento do paciente na adoção de práticas de autocuidado que levem a estilos de vida mais saudáveis (BRASIL, 2013a).

A utilização de instrumentos de medidas que permitam avaliar a participação do paciente, enquanto sujeito ativo no tratamento do DM, por meio da mensuração das práticas de autocuidado realizadas, constitui um recurso metodológico que colabora na avaliação das respostas aos tratamentos, propicia a comparação de dados ao longo do tempo e permite a compreensão e o estudo dos problemas observados, além de orientar condutas na prática clínica (CURCIO *et al.*, 2011).

Porém, a complexidade do regime terapêutico do DM dificulta essa mensuração e exige instrumentos confiáveis, submetidos a fortes processos de validação (TOOBERT *et al.*, 2000). Algumas medidas são comumente utilizadas na avaliação da adesão às práticas de autocuidado, como a hemoglobina glicada (HbA1c), a contagem da medicação e o próprio relato dos pacientes (ADA, 2015). Esta última medida, realizada por meio de perguntas específicas em entrevistas ou questionários, tem se mostrado uma das abordagens mais práticas e efetivas para avaliar a adesão aos cuidados com o diabetes (TOOBERT *et al.*, 2000).

Com o intuito de identificar instrumentos que avaliam o autocuidado de pacientes com DM, foram levantados na literatura, escalas/instrumentos que apreciassem esse construto. Em uma revisão integrativa realizada por Curcio *et al.* (2011), foram identificados instrumentos e escalas relacionados ao DM adaptados e validados para a cultura brasileira. Desses, dois estão direcionados à avaliação do autocuidado - *Insulin Management Diabetes Self-efficacy* (IMDSES) e *Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire* (SDSCA).

A escala IMDSES foi desenvolvida para indivíduos que fazem uso da insulina e permite medir a confiança do usuário em sua capacidade de planejar, executar, monitorar, tomar decisões sobre seu plano de controle de autocuidados e ajustar suas atividades de vida diária de acordo com o diabetes. Essa escala originou-se a partir da escala americana DSES (*diabetes self-efficacy scale*), que foi estruturada para adultos diabéticos, independente do tipo (HURLEY & HARVEY, 2003). A versão brasileira possui 28 itens e dispõem três tipos de subescalas: manejo geral, dieta e insulina, sendo aplicada, no formato de entrevista, a uma amostra de 213 pacientes diagnosticados somente com DM tipo 1. A fidedignidade do instrumento foi determinada pela análise da consistência interna, por alfa de Cronbach, obtendo-se os seguintes valores: dieta $\alpha = 0,83$, insulina $\alpha = 0,92$ e manejo geral $\alpha = 0,78$ (GASTAL *et al.*, 2007).

O questionário SDSCA foi desenvolvido para avaliar, de maneira sistematizada, a aderência às atividades de autocuidado no paciente com DM, podendo também ser útil para guiar a avaliação clínica e o seguimento desses sujeitos. O SDSCA questiona a realização de atividades pelos pacientes e sua concordância com a prescrição médica ou de outro profissional de saúde, avaliando cinco aspectos do regime de tratamento do diabetes, agrupados em seis dimensões do autocuidado: alimentação (geral e específica), atividade física, uso da medicação, monitorização da glicemia e o cuidado com os pés, avaliando também o tabagismo (TOOBERT & GLASGOW, 1994; TOOBERT *et al.*, 2000).

O supracitado questionário foi traduzido e adaptado para o Brasil por Michels *et al.* (2010), sendo denominado ‘*Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes*’ (QAD). A versão brasileira manteve as seis dimensões, 15 itens de avaliação do autocuidado, e três itens para a avaliação do tabagismo, sendo aplicado em 98 pacientes com DM tipo 2. Após a avaliação das propriedades psicométricas, mostrou ser um instrumento válido e confiável, porém, não pôde fornecer um escore geral da aderência ao tratamento (MICHELS *et al.*, 2010), o que também ocorre com o SDSCA (TOOBERT & GLASGOW, 1994; TOOBERT *et al.*, 2000).

Em estudo realizado por Stacciarini e Pace (2014), também foi traduzida e adaptada para o Brasil uma escala de avaliação da capacidade de autocuidado - *Appraisal of Self Care Agency Scale-Revised* (ASAS-R). A base conceitual para a elaboração dessa escala foi a Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem e nela, a mensuração é feita de maneira global e inespecífica podendo ser aplicada em diferentes grupos de idades e em diversas condições de saúde. O objetivo da escala é mensurar o poder da pessoa para executar operações produtivas de

autocuidado, ou seja, verificar se a capacidade de autocuidado está operacionalizada e não desenvolvida (EVERS *et al.*, 1993). Para a análise das propriedades psicométricas da escala ASAS-R traduzida e adaptada, participaram 150 usuários com DM tipo 2 em uso de insulina, sendo obtido uma consistência interna dos itens por meio do alfa de Cronbach de 0,74 (STACCIARINI & PACE, 2014).

Outro instrumento identificado na literatura foi a *Escala para Identificação da Competência do portador de Diabetes mellitus para o Autocuidado* (ECDAC), que permite investigar em pessoas adultas com DM, a estrutura cognitiva relacionada à saúde e os comportamentos adequados para o autocuidado. Essa escala, que utilizou o conceito de competência para o autocuidado da Teoria de Orem, é composta por 27 itens distribuídos em três subescalas (I- competências físicas, II- competências cognitivas e III- competências motivacionais e emocionais) e os escores encontrados são calculados pela somatória dos escores de cada item, identificando o nível de desenvolvimento das competências para o autocuidado. Para determinar a confiabilidade do instrumento, a ECDAC foi aplicada em 81 indivíduos adultos com DM, sendo obtido coeficiente alfa de Cronbach de 0,92 (NUNES, 1982).

Recentemente, resultados de duas revisões sistemáticas (CARO-BAUTISTA, *et al.*, 2014; LU *et al.*, 2015) apontaram a carência de instrumentos para avaliação do comportamento de autocuidado de pessoas com DM2. Na primeira revisão (CARO-BAUTISTA *et al.*, 2014), foram incluídos dezesseis instrumentos, porém, apenas dois (*Self-management Profile for Type 2 Diabetes - SMP-TD2* e *Problem Areas in Diabetes Scale - PAID*) atingiram metade dos critérios de qualidade adotados (TERWEE *et al.*, 2007), dentre eles, as propriedades psicométricas, a dimensionalidade, a base teórica e a população utilizada no processo de validação. O SMP-TD2 é um instrumento que avalia a autogestão do diabetes, composto por 18 itens que avaliam o nível e a percepção acerca da facilidade de desempenho em cinco domínios (monitoramento de glicose no sangue, medicamentos, alimentação saudável, ser fisicamente ativo e enfrentamento da doença). Esse instrumento mostrou boa consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,80 (PEYROT *et al.*, 2012). O PAID foi desenvolvido para medir a aflição emocional em pessoas com diabetes, sendo constituído de 20 itens, os quais demonstraram validade e confiabilidade nas populações ocidentais, com alfa de Cronbach de 0,95 (WELCH *et al.*, 2003).

A outra revisão sistemática (LU *et al.*, 2015) incluiu 30 instrumentos utilizados para mensurar comportamentos de autocuidado de pacientes com DM, sendo 21 multidimensionais e

18 específicos para pacientes com DM2. Entre os instrumentos identificados, o SDSCA (*Summary of Diabetes Self-Care Activities Questionnaire*), DCP (*Diabetes Care Profile*), MARS (*Medication Adherence Report Scale*) e MMAS (*Morisky Medication Adherence Scale*) foram os mais utilizados e mostraram bons processos de validação. O SDSCA, como já comentado, é uma medida abrangente de comportamentos de autocuidado, já o DCP avalia o aspecto social e psicológico do tratamento do diabetes, o MARS e o MMAS, são unidimensionais, concentrando-se exclusivamente na terapêutica medicamentosa. O SDSCA e o MMAS foram os dois únicos instrumentos traduzidos e validados em mais de um idioma. Apesar do quantitativo razoável de ferramentas de mensuração, o estudo concluiu que a maioria (73,3%) é relativamente nova, desenvolvidas na última década e foram aplicadas a um número limitado de estudos, apresentando características psicométricas incompletas.

Dentre os instrumentos levantados nesta apreciação, dois aproximaram-se da finalidade do deste estudo ao pretender avaliar se o autocuidado está sendo desenvolvido pelos pacientes com DM tipo 2 – o QAD e o ECDAC, porém, cabe ressaltar que o primeiro restringe-se à adesão a terapêutica prescrita e o segundo, apesar de desenvolvido sob os conceitos da Teoria do autocuidado de Orem, não considerou todos os requisitos de autocuidado no desvio da saúde definidos pela teórica. Diante dessa lacuna e considerando a importância da multidimensionalidade deste construto, propõe-se, mediante fundamentação no modelo teórico do autocuidado de Dorothea Orem, o desenvolvimento de um instrumento, que considere os requisitos de autocuidado no desvio da saúde, que vão desde a busca por uma assistência apropriada até a aceitação da doença.

O presente estudo tem a finalidade de contribuir com a melhoria da assistência aos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, uma vez que, propõe a construção e validação de um instrumento específico para avaliação do autocuidado desses pacientes. O desenvolvimento de uma tecnologia que considere a multidimensionalidade e os domínios relevantes dessa enfermidade, poderá facilitar o seu manejo à medida que permitirá a detecção do cumprimento dos requisitos de autocuidado. Dessa forma, contribuirá para fundamentar condutas na prática clínica, bem como na pesquisa científica.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2.

2.2 Específicos

- Identificar o significado e as dimensões do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2;
- Analisar a dimensionalidade do constructo autocuidado;
- Desenvolver os itens para cada dimensão do constructo autocuidado;
- Avaliar a validade de conteúdo e aparência do instrumento construído.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Aspectos epidemiológicos das DCNTs e do diabetes *mellitus*

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o principal problema de saúde pública na atualidade, considerando as altas taxas de prevalência e morbimortalidade, que são associadas aos elevados gastos públicos. Essa problemática se traduz em um sobrepujante número de mortes evitáveis e prematuras, perda da qualidade de vida, limitação nas atividades de trabalho e de lazer, períodos prolongados de disfunção com impactos para as famílias, comunidade e a sociedade em geral (BRASIL, 2011; SCHMIDT *et al.*, 2011).

As DCNT foram a principal causa de mortes em 2012, tendo sido responsáveis por 38 milhões de óbitos globais (67%), com estimativas de aumento para 52 milhões em 2030. Quatro doenças crônicas destacam-se nesse cenário, as patologias cardiovasculares, o câncer, as doenças respiratórias e o diabetes, contribuindo com 82% do total de óbitos por DCNT. Os grupos vulneráveis, como os idosos e os de baixa escolaridade e renda, são os mais atingidos. Cerca de 42% das mortes por DCNT ocorreram em indivíduos com idade inferior a 70 anos, 48% em países de baixa ou média renda e 28 % nos países de renda alta (WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2014).

No Brasil, os dados de mortalidade não são diferentes e fazem das DCNT o problema de saúde de maior magnitude nacional, sendo responsáveis, no ano de 2007, por 72% das mortes (SCHMIDT *et al.*, 2011). Em estudo realizado acerca da mortalidade brasileira por DCNT, a partir dos registros do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), foi verificado o percentual de 72,7% no ano de 2011, e dentre as causas mais frequentes, estavam as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6%) e o diabetes (5,3%). Do total de óbitos por DCNT, essas quatro doenças representam 79,8%. No mesmo estudo é apresentada uma estimativa de declínio na mortalidade de 2% ao ano para 2022, para este grupo de DCNT, permitindo que o país alcance a meta do Plano de Enfrentamento de DCNT 2011- 2022 (MALTA *et al.*, 2014).

Dentre as DCNT, destaca-se o diabetes *mellitus* (DM) enquanto um problema de saúde global, com alta morbidade e mortalidade nos diferentes grupos etários. Estima-se que entre os anos de 2010 e 2030 haverá um aumento de 69% no número de pessoas adultas com DM nos países em desenvolvimento. A prevalência mundial dessa doença em pessoas com idade entre 20

e 79 anos, foi de 6,4%, afetando 258 milhões de pessoas em 2010; e até 2030, presume-se que este número irá aumentar para 7,7%, com previsão de afetar 439 milhões de pessoas (SHAW *et al.*, 2010). Resultados de outro estudo sobre as estimativas globais da prevalência do DM apresentaram números mais elevados, com previsão de 522 milhões de pessoas afetadas em 2030 (WHITING *et al.*, 2011).

Dados da Federação Internacional do Diabetes (IDF) mostram que a estimativa de pessoas com DM em 2013, foi de 382 milhões, representando 8,3% da população mundial, predominantemente na faixa etária de 40 a 59 anos, com mais de 80% dos indivíduos vivendo em países de baixa e média renda. Para 2035, essa estimativa foi elevada para 592 milhões, 10,1 % da população mundial, equivalendo a três novos casos a cada 10 segundos, ou quase 10 milhões por ano. Ademais, estima-se que 175 milhões de pessoas no mundo (50%) não têm conhecimento da sua doença (IDF, 2013).

Esse aumento na prevalência do DM deve-se a fatores como o crescimento e envelhecimento populacional, o processo de urbanização, a globalização de hábitos não saudáveis, a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, bem como a maior sobrevida de pacientes com DM (SBD, 2015; SCHMIDT *et al.*, 2011).

A conjectura no Brasil, em 2013, foi de 11,9 milhões de pessoas com DM, configurando-se como a maior entre os países da América Central e América do Sul. Esse dado colocou o Brasil na 4ª posição no *ranking* mundial em número de pessoas com DM, atrás somente da China, Índia e Estados Unidos, com projeção de manter a mesma posição em 2035, com uma população de 19,2 milhões de pessoas com DM (IDF, 2013).

Resultados de estudo multicêntrico, realizado em nove capitais brasileiras no período de 1986 a 1988, mostraram que a prevalência do diabetes na população urbana, com idade entre 30 e 69 anos, foi de 7,6% (MALERBI & FRANCO, 1992). Para a mesma faixa etária, estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, no lapso temporal de 1996 a 1997, obteve-se uma prevalência de 12,1% (TORQUATO *et al.*, 2003), e no ano de 2006, foi encontrada uma taxa de 15,02% (MORAES *et al.*, 2010). Ao longo dos anos, observa-se um aumento progressivo dessa comorbidade.

Dados de 2013 da vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel), mostraram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos era de 6,9% no conjunto das 27 capitais brasileiras, sendo de 6,5%

entre homens e de 7,2% entre mulheres. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se tornou mais comum com o avanço da idade e a frequência foi maior em indivíduos com até oito anos de escolaridade (BRASIL, 2014a).

A alta prevalência do DM carrega uma intensa carga de morbidades associadas, contribuindo com o elevado número de internações, amputações e perdas de mobilidade assim como de outras funções neurológicas, e consequente declínio significativo da qualidade de vida (BRASIL, 2013a). Um registro nacional de diabetes e hipertensão, o SIS/HIPERDIA, mostrou que das implicações de doenças dos mais de 1,6 milhões de casos de diabetes registrados, 4,3% tinham algum transtorno do pé diabético, 2,2% amputação prévia, 7,8% doença renal, 7,8% infarto do miocárdio prévio, e 8% acidente vascular cerebral (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Diante da referida realidade, as complicações agudas e crônicas do diabetes acarretam altos custos para os sistemas de saúde, podendo ser mensurados em onerações diretas e indiretas. Os custos diretos referem-se a hospitalizações, consultas, complicações e medicamentos, e variam de 2,5% a 15% dos gastos em saúde, dependendo da prevalência de DM no país e da complexidade do tratamento disponível (BARCELÓ & RAJPATHAK, 2001; BRASIL, 2011; OPAS, 2009). Enquanto os custos indiretos são decorrentes da incapacidade temporária ou permanente do paciente com a doença, tais como a perda de produtividade no trabalho, a aposentadoria e a mortalidade precoce (BARCELÓ & RAJPATHAK, 2001; OPAS, 2009).

Autores de estudos acerca da temática estimaram que o custo do DM tipo 2 no Brasil, para o ano de 2007, foi de 2.108 dólares por paciente, dos quais 1.335 dólares foram custos diretos e 773 foram indiretos (BAHIA *et al.*, 2011). Em 2013, a estimativa foi de 548 bilhões, 10,8% das despesas em saúde em todo o mundo, com projeção de exceder para 627 bilhões de dólares, em 2035. No mesmo ano, a média das despesas por pessoa com DM no Brasil, foi de 1.477 dólares (IDF, 2013).

Os efeitos onerosos das DCNT refletem no potencial econômico das sociedades, afetando negativamente os principais fatores do crescimento financeiro, como o trabalho, a produtividade, o investimento público e a educação. Uma análise macroeconômica demonstrou que cada aumento de 10% em doenças não transmissíveis está associado com a redução de 0,5% na taxa de crescimento econômico anual. De acordo com essa estimativa, o esperado crescimento de 50% em DCNT previsto na América Latina até 2030, corresponderia a uma perda de 2,5% nas taxas de crescimento econômico (GOULART, 2011).

Além dos custos diretos e indiretos, o DM acarreta um custo social intangível para pacientes e familiares, afetando a qualidade de vida desses indivíduos frente à dor e a ansiedade geradas pelo aparecimento da doença e as patologias a ela associadas (BARCELÓ & RAJPATHAK, 2001; OPAS, 2009). Frente ao exposto, faz-se necessária a adoção de estratégias específicas, direcionadas ao enfrentamento das DCNT, em geral, e o DM, em particular.

3.2 Estratégias específicas para o enfrentamento do diabetes *mellitus* como DCNTs

As DCNT compõem o conjunto de condições crônicas que se caracterizam pela multicausalidade, desenvolvimento gradual, prognóstico incerto, duração longa ou indefinida, e presença de possíveis períodos de agudização e incapacidades. Estas especificações exigem um processo contínuo de cuidados, com reestruturação dos serviços de saúde e modificações nas relações entre os pacientes, familiares e profissionais de saúde (BRASIL, 2013a; OMS, 2003). Assim, o crescimento epidêmico das DCNT desafia os sistemas de atenção à saúde a transformarem-se para atender indivíduos com doenças permanentes, cujo controle exige participação efetiva do paciente e da família (OMS, 2003).

Para Mendes (2011), o problema central dos sistemas de atenção à saúde dos países em desenvolvimento está na incoerência do cenário de cuidados, com doenças infecciosas e carenciais não superadas, somadas a uma carga expressiva de causas externas e a presença hegemônica de doenças crônicas, inseridas num sistema fragmentado, voltado para as condições agudas e para os eventos agudos das condições crônicas. O fracasso da abordagem às condições crônicas só será superado com a substituição desse sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde, uma vez que, elas podem produzir respostas mais adequadas às necessidades em saúde, mediante a integração sistêmica e a reorientação do papel da atenção primária, que deverá ter caráter central e ordenador sobre os fluxos de pacientes e serviços.

Em 2011, acompanhando os esforços globais, o Ministério da Saúde preparou o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis no Brasil, 2011-2022, que integra ações do setor saúde com outros setores. Esse, por sua vez, tem por objetivo reduzir a morbidade, incapacidade e mortalidade causadas pelas DCNT, por intermédio de um conjunto de ações preventivas e promocionais de saúde, associadas à detecção precoce e ao tratamento oportuno, assim como ao reordenamento dos serviços de saúde do Sistema Único

de Saúde, a partir da atenção primária e da participação comunitária (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013a).

Além disso, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propôs, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, recomendando o cuidado de usuários com doenças crônicas de forma integral e organizados em redes, nas quais cada serviço deve ser repensado como um componente fundamental da integralidade do cuidado. Conforme a propositura, serão contemplados cinco eixos prioritários (doenças renocardiovasculares, diabetes *mellitus*, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer de mama e colo de útero) nos quais serão desenvolvidas as linhas de cuidado para as doenças e os fatores de risco mais prevalentes (BRASIL, 2013a).

O contexto atual do país exige processos de trabalho responsivos frente às prevalentes e complexas doenças crônicas, que não são passíveis de “cura”, como as doenças agudas, mas permanecem ao longo da vida dos indivíduos. Dentre as estratégias para o controle das DCNT, destaca-se a estruturação de equipes multidisciplinares, preparadas para orientar e apoiar as pessoas a lidar com suas condições de saúde, e a responder às agudizações desses processos (BRASIL, 2014b). Enquanto organização do processo de trabalho na atenção às DCNT, o cuidado multiprofissional representa a articulação de profissionais, com saberes e práticas específicas, que atendem uma determinada população e que se reúnem periodicamente para discutir os problemas de saúde dessa população e dos indivíduos (BRASIL, 2013a).

As doenças crônicas aumentam a complexidade dos problemas de saúde e da prestação de cuidados, exigindo mudanças nos sistemas de saúde, inclusive na atuação profissional, nas qualificações e nas configurações dos cuidados. As intervenções possíveis nas DCNT pertencem a uma ampla gama de situações, dentre elas, as ações educativas voltadas para mudanças de comportamentos, assim como cuidados continuados, de longa duração, planejados de forma prospectiva e proativa, e apoiados fundamentalmente na atenção primária à saúde (BRASIL, 2014b).

A estruturação de equipes multiprofissionais revela-se como expressivo recurso estratégico para garantir o cuidado necessário do paciente perante as dificuldades e limitações impostas pela condição crônica. Organizadora do processo de trabalho, a atenção multiprofissional deve ser entendida como a integração de distintas intervenções técnicas, simultaneamente, interdependentes e autônomas. Nesse modelo assistencial, a

transdisciplinaridade exerce função essencial, uma vez que nele todos os profissionais ocupam posição de destaque, permitindo que as múltiplas dimensões humanas - individual, emocional, cultural e social - sejam contempladas. Essa relação favorece a construção da integralidade da assistência (SEVERO & SEMINOTTI, 2010).

O caráter permanente das DCNT torna imperioso o acompanhamento dos pacientes por uma equipe multiprofissional de saúde, tendo como fio condutor do tratamento a educação para o autocuidado, visando o controle da doença, e, por conseguinte, retardando ou evitando o aparecimento de complicações. Para tanto, os indivíduos devem atuar como agentes ativos no planejamento e execução do seu tratamento, desenvolvendo um sentimento de autorresponsabilidade, em um dinamismo no qual o profissional de saúde deve atuar como parceiro no processo de autocuidado (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014b).

O atendimento às doenças crônicas, dentre elas o DM, implica na consolidação de diretrizes de saúde bem definidas, assim como de recursos humanos treinados de forma a educar e envolver o paciente e sua família nas diversas ações de autocuidado necessárias ao controle da doença e suas complicações.

3.3 A educação em diabetes com enfoque nas ações de autocuidado

Diabetes *mellitus* (DM) não é uma única doença, mas sim, um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, enquanto resultado de defeitos na ação e/ou na secreção de insulina. A hiperglicemia crônica do DM causa danos à saúde verificáveis a longo prazo, exemplificados pela disfunção e insuficiência de diversos órgãos, como olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA), 2015; SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD), 2015).

A classificação atual do DM, proposta pela ADA (2015) e recomendada pela SBD (2015) baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento; inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Há ainda duas categorias, denominadas de pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída - essas categorias são consideradas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares (SBD, 2015).

O DM1 é a forma presente em 5% a 10% dos casos e resulta da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. Os indivíduos com essa forma de DM podem desenvolver cetoacidose e apresentam graus variáveis de deficiência de insulina. No DM tipo 2 (DM2), a causa é uma combinação da resistência à ação da insulina e da resposta secretora inadequada de insulina compensatória, sendo responsável por 90% a 95% dos casos. A maior parte dos pacientes com DM2 apresenta sobrepeso ou obesidade, sendo geralmente diagnosticados após os 40 anos (ADA, 2015; SBD, 2015).

As complicações crônicas relacionadas ao DM geralmente ocorrem devido ao controle inadequado da doença, por um longo período de tempo, caracterizando-a com alto índice de morbimortalidade. Estudos multicêntricos realizados tanto em pessoas com DM1 (DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL – DCCT, 1993) como em pessoas com DM2 (UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY – UKPDS, 1998) mostraram que o controle rigoroso dos níveis de glicose pode retardar ou prevenir as complicações decorrentes da doença. Esses dois significativos estudos realizados na década de 90, demonstraram também a importância do acompanhamento contínuo do paciente com DM por uma equipe multiprofissional de saúde, visando a prevenção das complicações crônicas durante a evolução da doença.

A equipe multiprofissional de saúde, através da educação para o autocuidado às pessoas com problemas crônicos, deve promover o desenvolvimento de habilidades de relativos aos autocuidado, com o intuito de corresponsabilizá-las por sua saúde e ajudá-las a aprender a conviver melhor com a enfermidade, modificando ou mantendo os hábitos saudáveis e estimulando a autoconfiança (BAQUEDANO *et al.*, 2010; OTERO *et al.*, 2007).

Nesse sentido, as práticas de autocuidado representam um desafio para as pessoas com DM, bem como para os profissionais de saúde. Resultados de estudos pertinentes revelaram que intervenções cognitivo-educativas multidisciplinares, dirigidas ao adulto, podem favorecer a aquisição individual e responsável de condutas saudáveis de autocuidado. Os indicadores de saúde, como melhor hemoglobina glicosilada, índice de massa corpórea baixo e menos gordura corporal estiveram relacionados às mais eminentes condutas de autocuidado (ORTIZ *et al.*, 2010).

Nas perspectivas contemporâneas acerca dos cuidados com o DM, as práticas de autocuidado ocupam o papel central e implicam na participação ativa do paciente. O controle

metabólico adequado e a prevenção de complicações crônicas são determinados pelo nível de adesão da pessoa ao regime terapêutico proposto (WHO, 2003). As mudanças comportamentais são fundamentais para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida das pessoas com DM, e envolvem práticas de autocuidado como alimentação saudável, atividade física regular, automonitoramento de glicose, cuidados com os pés, administração de medicamentos, resolução de problemas, enfrentamento saudável e redução de riscos (AADE, 2011; ORTIZ *et al.*, 2010; WHO, 2003).

A alimentação saudável é essencial para a prevenção, tratamento e autogerenciamento do DM. O incentivo às práticas saudáveis de alimentação objetiva manter o controle glicêmico, atingir as metas de lipídeos e peso corporal, atrasar ou evitar as complicações do diabetes a longo prazo e melhorar a saúde em geral (ADA, 2015). A alimentação das pessoas com DM precisa ser equilibrada, com o consumo adequado de todos os nutrientes e fracionada em seis refeições, sendo três principais e três lanches. Em relação à forma de preparo dos alimentos, deve-se dar preferência aos grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo crus. A conduta nutricional deve ser individualizada, com a participação do paciente no planejamento de sua alimentação, considerando os hábitos alimentares, o perfil socioeconômico, a idade, além do perfil metabólico e o uso de fármacos (SBD, 2015).

A prática de atividade física regular possui fortes evidências na prevenção e tratamento do DM, principalmente nos grupos de maior risco, como dos obesos e dos indivíduos com histórico familiar de diabetes. A recomendação é que a prática seja realizada diariamente, de preferência no horário da manhã, com vistas a evitar a hipoglicemia noturna e duração de no mínimo 150 minutos por semana. Atividades de fortalecimento muscular e flexibilidade também devem ser contempladas. Além disso, deve ser indicado ao paciente o uso de roupas leves e calçados confortáveis e apropriados à prática de tais atividades (ADA, 2015; SBD, 2015).

A automonitorização da glicemia capilar, um dos comportamentos de autocuidado preconizados pela American Association Diabetes Educator (AADE, 2011), permite avaliar o controle glicêmico diário, com a redução do risco de hipoglicemias, e oferece subsídios para o melhor entendimento do efeito dos alimentos, do estresse e dos exercícios físicos sobre a glicemia. A recomendação é que a monitorização seja realizada três ou mais vezes ao dia, por indivíduos com DM1 ou com DM2 em uso de insulina, não existindo consenso para os pacientes com DM2 que fazem uso apenas de antidiabéticos orais. Assevera-se que o desconforto da

punção digital para a obtenção do sangue capilar constitui uma das limitações para a adesão a essa prática (ADA, 2015; SBD, 2015).

Quanto às complicações crônicas do DM, as úlceras e as amputações de pés constituem as mais graves, e demandam cuidados específicos para a sua prevenção. Recomenda-se que o paciente realize o autoexame diário dos pés visando identificar possíveis modificações como alteração de cor, edema, dor, parestesias e rachaduras na pele. Os pacientes devem ser orientados a higienizar e secar os pés cuidadosamente, principalmente os espaços interdigitais; realizar hidratação diária com cremes; utilizar sapatos confortáveis que não causem pressão nas áreas de apoio e extremidades ósseas, e examinar seu interior antes de calçá-los; cortar as unhas de forma quadrada, deixando os cantos levemente arredondados; e procurar um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés (BRASIL, 2013b).

Além das medidas que orientam as modificações do estilo de vida, o tratamento do DM, geralmente envolve o uso de antidiabéticos orais, insulina ou ambos. A adesão a essa prática de autocuidado pode ser comprometida por desvantagens como reações adversas associadas aos fármacos, episódios de hipoglicemia e complexidade do regime terapêutico. No entanto, vantagens como o controle da glicemia, a prevenção de complicações e a facilidade de acesso aos medicamentos podem estimular a adesão terapêutica (JANNUZZI *et al.*, 2014). Para a insulinoaterapia, as dificuldades de assentimento relacionam-se a sensação dolorosa da administração, as limitações impostas no trabalho e nas atividades de lazer, além da presença de sentimentos negativos como medo, ódio, insegurança, constrangimento e revolta (PÉRES *et al.*, 2007).

A resolução de problemas é definida como um comportamento de autocuidado aprendido, que inclui o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudável do diabetes. As pessoas com DM devem possuir habilidades de resolução de problemas, uma vez que essa condição crônica pode requerer a tomada de decisões sobre alimentação, atividades físicas e medicamentos, como, por exemplo, acontece nos episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia. Neste contexto, cabe salientar que a equipe de saúde deve incentivar os pacientes a falarem sobre suas preocupações e medos, ajudando-os a encontrar maneiras de lidar com as diferentes barreiras - física, emocional, cognitiva e financeira - que possam dificultar o autogerenciamento da doença (AADE, 2011).

Desta feita, a redução de riscos, enquanto ação de autocuidado, é definida como a capacidade do paciente de realizar comportamentos que previnam ou retardem a progressão de complicações do DM. Os profissionais de saúde devem orientar os pacientes quanto aos cuidados especiais com os pés, a pele, os olhos e os dentes, a cessação do tabagismo e a monitorização da pressão arterial (AADE, 2011). O diagnóstico de uma enfermidade crônica como o DM2, implica na necessidade do indivíduo de adotar comportamentos de autocuidado por toda a vida, introduzindo mudanças no estilo de vida compatíveis com seu próprio conceito de qualidade de vida. É nessa circunstância que reside o desafio do manejo do DM, haja vista o fato de não ser incomum o abandono de parte ou de todo o tratamento prescrito (LEITE & VASCONCELLOS, 2003).

Diante desse desafio, a abordagem educativa deve englobar os aspectos subjetivos e emocionais que influenciam a adesão ao tratamento. Nesse sentido, é recomendado considerar a realidade e a vivência dos pacientes, permitindo sua maior participação na condução do tratamento. Adotar hábitos de vida consolidados e assumir uma rotina que envolve disciplina rigorosa do planejamento alimentar, da incorporação de atividade física e do uso permanente e contínuo de medicamentos, impõe a necessidade de entrar em contato com sentimentos, desejos, crenças e atitudes dos pacientes. Esse processo de mudanças comportamentais não se instala rapidamente, mas sim, no decorrer de um percurso que envolve repensar o projeto de vida e reavaliação das expectativas de futuro (PÉRES *et al.*, 2007).

No transcorrer do tratamento do DM, o paciente vivencia sentimentos e comportamentos que dificultam a aceitação de sua condição crônica de saúde e, conseqüentemente, a adoção de hábitos saudáveis. O modo como o indivíduo expressa esses sentimentos direciona seu comportamento relacionado à saúde, tanto na busca de hábitos saudáveis quanto não saudáveis, determinando possibilidades e dificuldades/limitações para o controle do diabetes (PÉRES *et al.*, 2007).

É nesse complexo contexto que a implementação de programas de educação em diabetes constitui um grande desafio para a equipe multiprofissional de saúde, tanto em relação à sua própria capacitação quanto à compreensão de que a aquisição do conhecimento não se traduz, necessariamente, em mudança de comportamento. Logo, além de disponibilizar ao paciente todas as informações necessárias acerca do cuidado para o manejo do diabetes, é necessário

acompanhá-lo por determinado período de tempo, colaborando para a tomada de decisões frente às inúmeras situações que a doença impõe (OTERO *et al.*, 2008).

Em estudo realizado em um município do interior paulista, com o seguimento de pacientes com DM por um período de 12 meses, utilizando o protocolo *Staged Diabetes Management* (SDM), foi evidenciado que o programa educativo contribuiu para melhorar o controle metabólico e aumentar o conhecimento sobre a doença dos pacientes que dele participaram (ZANETTI *et al.*, 2007). Após cinco anos da participação nesse programa educativo, alguns pacientes foram entrevistados em um estudo subsequente, e os resultados evidenciaram que um programa de educação sistematizado em DM pode resultar em efeitos duradouros quanto a aquisição de conhecimentos, recomendando-se, porém, que o processo de educação seja permanente para assegurar a consolidação do conhecimento adquirido (CHAGAS *et al.*, 2013).

A educação estruturada para a autogestão do DM2 deve ser parte integrante da rotina de cuidados, pois, o paciente necessita ser instrumentalizado para fazer escolhas e tomar decisões em relação ao seu tratamento. Revisão de ensaios clínicos randomizados evidencia resultados positivos do processo educativo para a autogestão do DM2, e constata que o apoio ao autogerenciamento da doença e o seguimento contínuo, contribuem para o controle glicêmico e a prevenção das complicações agudas e crônicas (JARVIS *et al.*, 2010).

O gerenciamento das condições crônicas de saúde demanda mudanças no estilo de vida e no comportamento diário e, esse fato, ressalta o papel central e a responsabilidade do paciente na condução do tratamento (OMS, 2003). Nessa perspectiva, para que os resultados esperados do tratamento sejam alcançados, o autocuidado deve ser incorporado pela pessoa com DM, não só por envolvê-la no plano terapêutico, como também para aumentar a sua responsabilidade nos resultados da assistência (STACCIARINI *et al.*, 2008).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Modelo Teórico do Autocuidado de Dorothea Orem

O modelo teórico do Autocuidado de Orem foi adotado como referencial teórico na construção do instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com DM2, tendo em vista que seus pressupostos se adequam às propostas deste estudo. A proximidade do referido modelo teórico com a assistência às pessoas com diabetes *mellitus* é evidenciada, à medida que define o autocuidado como a prática de atividades para manutenção da vida, saúde e bem-estar, realizada pelo indivíduo em seu próprio benefício (FOSTER & BENNETT, 2000).

O modelo proposto por Orem não se constitui de uma teoria isolada, mas sim, de um paradigma teórico composto por três teorias inter-relacionadas: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem, sendo a segunda, sua teoria geral.

Figura 1 – Esquematização do Modelo Teórico de Dorothea Orem.



Fonte: Adaptado de Orem (2001, p.141).

A compreensão da teoria do autocuidado está atrelada ao conhecimento de alguns conceitos, dentre eles: autocuidado, ação de autocuidado, fatores condicionantes básicos e demanda terapêutica de autocuidado. O *autocuidado* é a prática de atividades realizadas por indivíduos em seu benefício próprio, com o intuito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. A capacidade do sujeito de engajar-se nessas atividades é definida como *ação de autocuidado*, podendo ser afetada por *fatores condicionantes básicos* – idade, sexo, estado de desenvolvimento, estado de saúde, orientação sócio-cultural, fatores do sistema de atendimento

de saúde, do sistema familiar, os padrões de vida e fatores ambientais. A totalidade de ações de autocuidado a serem realizadas, com alguma duração para suprir exigências conhecidas desta ação, consiste na *demanda terapêutica de autocuidado* (OREM & TAYLOR, 2011).

Outro conceito adicional à teoria do autocuidado diz respeito aos requisitos para tal. Ela apresenta três categorias de requisitos de autocuidado, que podem ser definidas como ações dirigidas à provisão do autocuidado:

- **Requisitos universais de autocuidado:** relacionam-se aos processos da vida e com a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento vital, sendo comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo da vida. Entre eles, destacam-se a manutenção de uma ingestão adequada de ar, água e alimentos, provisão de cuidados associados aos processos de eliminação, a manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, solidão e interação social, prevenção dos perigos à vida humana e a promoção do desenvolvimento do sujeito dentro dos grupos sociais;
- **Requisitos de desenvolvimento de autocuidado:** associam-se aos eventos ou situações novas que ocorrem na vida humana, bem como requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento; como exemplos, a adaptação a um novo emprego ou às modificações do corpo;
- **Requisitos de autocuidado nos desvios da saúde:** referem-se aos cuidados relativos a um problema de saúde identificado ou diagnosticado com intenção de recuperação, reabilitação e controle. São seis os requisitos em condições de doença ou de lesão: 1) Buscar e garantir assistência médica apropriada; 2) Estar consciente e levar em conta os efeitos e resultados dos estados e condições patológicas; 3) Realizar, efetivamente, as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas; 4) Ter conhecimento e regular os efeitos desconfortáveis e deletérios das medidas de cuidados prescritos; 5) Aceitar estar em um determinado estado de saúde e necessitar de formas específicas de atendimento de saúde; 6) Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida, promovendo o desenvolvimento pessoal (OREM, 2001; SILVA *et al.*, 2011).

Enquanto na teoria do autocuidado, Orem (2001) explica as suas definições, listando os fatores que influenciam na sua provisão, na teoria do déficit de autocuidado a teórica explicita os momentos em que a enfermagem é necessária para auxiliar o indivíduo a providenciar o autocuidado. O conceito de déficit de autocuidado constitui o elemento central da teoria, de forma que expressa e delinea a razão pela qual as pessoas necessitam da enfermagem. Esse conceito é identificado a partir da relação entre as demandas de autocuidado e a agência/capacidade de autocuidado, ou seja, caso a demanda terapêutica exceda a agência de autocuidado do indivíduo, tem-se a caracterização do déficit de autocuidado, na qual está presente a atuação da enfermagem (ALLISON, 2007).

Na presença do déficit de autocuidado, a enfermeira se apropria e utiliza um dos cinco métodos de ajuda identificados por Orem (2001), dentre eles: agir ou fazer para o outro; orientar o outro; apoiar o outro física e psicologicamente; proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal, e ensinar o outro. O profissional pode ajudar o indivíduo fazendo uso de um, ou de todos esses métodos, no intuito de proporcionar uma assistência com autocuidado. A teoria do déficit de autocuidado delimita o significado da enfermagem para com a existência do déficit, fazendo deste o foco da atuação do profissional de enfermagem.

Na terceira teoria dos sistemas de enfermagem, Orem (2001) determina as necessidades de autocuidado do paciente que deverão ser preenchidas pelas ações do enfermeiro, do próprio paciente ou de ambos. A ação de enfermagem é definida como um atributo de pessoas treinadas, que conhecem e ajudam outros a preencherem suas demandas terapêuticas de autocuidado; logo, é análoga à ação de autocuidado. No entanto, elas diferem no sentido de que a ação de enfermagem é realizada para o bem-estar dos outros e a ação de autocuidado é desenvolvida e exercitada em benefício próprio.

As ações de enfermagem a serem desenvolvidas, fundamentam-se nas necessidades que são classificadas nos três diferentes sistemas de enfermagem, definidos pela teórica:

- **Sistema totalmente compensatório:** o enfermeiro realiza o autocuidado compensando a incapacidade do paciente em engajar-se nas ações e, por isso, deve ser apoiado e protegido. Nesse sistema, podem estar presentes indivíduos com limitações físicas, como por exemplo, aqueles com fraturas vertebrais, ou limitações cognitivas, como as pessoas com retardo mental;

- **Sistema parcialmente compensatório:** é representado pela ação bilateral, tanto do enfermeiro quanto do paciente, para a satisfação dos requisitos de autocuidado, havendo alternância no desempenho do papel de principal agente de tal ação. A enfermagem compensa as limitações de autocuidado apresentadas pelo paciente e este realiza as ações que lhe são possíveis. Esse sistema pode ser representado por indivíduos submetidos a procedimentos cirúrgicos;
- **Sistema de apoio-educação:** o enfermeiro apoia o autocuidado, porém, é o próprio paciente que executa a ação, já que ele possui aptidões e consegue desempenhá-la. Nessa situação, o enfermeiro deve empenhar-se para promover o paciente como agente de autocuidado, fornecendo-lhe informações e apoio suficientes. Esse sistema pode ser exemplificado por jovens que solicitam informações para evitar gravidez ou adultos com doenças crônicas que necessitam de informações para evitar complicações.

Nessa perspectiva, a *competência do indivíduo para o autocuidado* é compreendida como a capacidade de distinguir fatores que devem ser controlados ou administrados para monitorar seu próprio funcionamento e desenvolvimento, fazendo-o decidir o que pode e deve ser feito, mediante o desenvolvimento de medidas de cuidados que atendem aos requisitos de autocuidado ao longo do tempo. Em compensação, a *competência da enfermagem* é a habilidade do enfermeiro para reconhecer e ajudar os outros, no discernimento de suas demandas terapêuticas de autocuidado, atendendo-as e organizando o desenvolvimento da competência para o autocuidado (OREM & TAYLOR, 2011).

As proposições de Orem (2001) acerca do autocuidado são contemporâneas aos conceitos de promoção e manutenção da saúde, uma vez que preveem ações de promoção e educação, além de estimular a responsabilidade do indivíduo pelo cuidado de sua própria saúde. Essa teoria apresenta como ponto forte sua ampla aplicabilidade, proporcionando uma relevante base compreensiva para a prática de enfermagem, com utilidade para áreas de educação, prática clínica, administração, pesquisa e sistemas de informação de enfermagem (FOSTER & BENNETT, 2000).

O modelo teórico de Orem, na íntegra ou em partes, vem sendo utilizado como base teórico-filosófica para fundamentar a práxis da Enfermagem em uma multiplicidade de situações,

com ênfase nos portadores de patologias crônicas ou permanentes. Apesar de ser uma teoria universal, mostra-se relevante ao ser utilizada por enfermeiros pesquisadores, na observação e transformação da prática, para o desenvolvimento e validação do conhecimento, ensino e aprendizagem da Enfermagem (RAIMONDO *et al.*, 2012). Na reflexão dos conceitos trazidos por esse modelo, ponderamos a possibilidade de utilizá-los na construção de um instrumento que avalie o autocuidado de pacientes com DM2 e, aplicados não só pela enfermagem, mas por toda equipe multiprofissional de saúde.

4.2 Modelo Teórico de Construção de Instrumentos de Luiz Pasquali

Para construção do instrumento de avaliação do autocuidado de pacientes com DM2, também foi adotado como referencial teórico, o Modelo Psicométrico descrito por Pasquali (1998; 2010), o qual é dividido em três grandes polos ou procedimentos:

- **Polo teórico:** refere-se à explanação da teoria que fundamentará o construto ou objeto psicológico para o qual se quer desenvolver um instrumento de medida, bem como a operacionalização desse construto em itens. Além da teoria científica, deve-se buscar toda evidência empírica disponível na literatura pertinente, a fim de delimitar a base teórica que norteará a construção do instrumento de medida;
- **Polo empírico ou experimental:** define as etapas e técnicas de aplicação do instrumento piloto e da coleta válida da informação empírica, que avaliará a qualidade psicométrica do instrumento;
- **Polo analítico ou estatístico:** estabelece os procedimentos de análises estatísticas que devem ser realizados para a validação, precisão e normatização do instrumento.

Visando à construção de um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com DM2, foram realizados nesse estudo, os passos propostos no polo teórico, propondo utilizá-lo na consulta de enfermagem e de outros profissionais de saúde. Ao quantificar esse autocuidado, a equipe multiprofissional norteará as orientações e o acompanhamento desses pacientes. Vale

ressaltar que os procedimentos referentes aos polos empírico e analítico serão realizados em estudos posteriores.

4.2.1 Procedimentos teóricos

Consiste na fundamentação teórica que guiará a elaboração do instrumento de medida para o construto de interesse, e compreende os seis primeiros passos propostos por Pasquali (2010), sendo os três primeiros relacionados à teoria, o quarto abordando tanto a teoria quanto a construção do instrumento e os dois últimos voltados especificamente para à construção.

1º Passo: Sistema psicológico

Especifica a teoria sobre o construto para o qual se pretende desenvolver um instrumento de medida. O sistema representa o objeto de interesse, ou objeto psicológico que deve ser elucidado, a partir de reflexões e ponderações do pesquisador, sob o prisma da fundamentação científica. Recomenda-se delimitar o sistema psicológico o máximo possível, uma vez que quanto mais restrito ou elementar for o sistema de interesse, mais fácil será a construção do instrumento.

2º Passo: Propriedade do sistema psicológico

Consiste na definição clara e precisa das propriedades ou atributos que caracterizam o sistema de interesse que se quer estudar, utilizando o mesmo método do passo anterior. Ressalta-se que o objeto direto de mensuração não será o sistema psicológico, mas sim, os aspectos que o caracterizam.

3º Passo: Dimensionalidade do atributo

Refere-se à estrutura interna e semântica do atributo, delimitada a partir da teoria sobre o construto e/ou dos dados empíricos disponíveis sobre ele. É neste passo que o construto é caracterizado em uni ou multifatorial, ou seja, concebido como uma dimensão homogênea, ou composta de aspectos diferenciados. Neste último caso, é importante definir qual dos aspectos do construto serão investigados, ou se fará opção por todos.

4º Passo: Definição do construto

Após definida a propriedade e suas dimensões, esses construtos devem ser detalhadamente conceituados, baseando-se na literatura pertinente, nos peritos da área e na própria experiência do pesquisador. Nesse passo, é realizada a conceituação clara e precisa dos fatores para os quais se quer construir o instrumento de medida. Para tanto, são necessárias as definições constitutiva e operacional do construto:

- **Definição constitutiva:** procede de conceitos da teoria que a fundamenta; é aquela que tipicamente aparece como definição de termos em dicionários e enciclopédias. Situa o construto, exata e precisamente, dentro da teoria, com o objetivo de definir os limites semânticos sobre o que explorar quando se for medir esse construto;
- **Definição operacional:** corresponde à passagem do abstrato para o concreto; define o construto em termos de operações concretas, de comportamentos físicos pelos quais se expressa. Ressalta-se que nenhuma definição operacional abrange toda amplitude semântica de um construto, porém, quanto maior a cobertura do espaço semântico, melhor será a qualidade do instrumento. O próximo passo será simplesmente expressar a listagem das categorias comportamentais em tarefas unitárias e específicas (os itens), dando início à construção do instrumento piloto;

5º Passo: Operacionalização do construto

Consiste na construção dos itens que são a representação comportamental do construto, ou seja, as tarefas que os indivíduos terão de executar para que se possa avaliar a magnitude de presença do construto. Esse passo compreende as seguintes etapas:

- **Fonte dos itens:** podem ser obtidos da literatura através de outros testes que medem o construto, recorrendo à população meta mediante entrevista, e nas categorias comportamentais delimitadas nas definições operacionais. É importante ressaltar que os itens são elaborados e selecionados em função das definições operacionais de um construto, após a

análise exaustiva de seus fundamentos teóricos e com base nas evidências empíricas disponíveis. Logo, os itens não são inventados, pois, são construídos para representar comportamentalmente o construto de interesse;

- **Regras para construção dos itens:** recomenda-se a aplicação de doze critérios fundamentais para a elaboração adequada dos itens. Os dez primeiros se aplicam à construção de cada item individualmente e os dois últimos ao conjunto dos itens que compõem o instrumento, conforme o quadro 1. Além disso, dependendo do tipo de traço a ser mensurado, alguns critérios se aplicam e outros não;
- **Quantidade de itens:** para se cobrir a totalidade ou a maior parte da extensão semântica do construto, explicitada nas definições constitutivas, normalmente exige-se no instrumento final um número ideal ou razoável, que seria cerca de 20 itens. Para isso, deve-se começar com pelo menos o triplo de itens para assegurar que, após analisados e selecionados estatisticamente, restem um terço deles.

Quadro 1 - Critérios psicométricos para elaboração dos itens

Critérios para construção dos itens	
Critério comportamental	O item deve expressar um comportamento, permitindo uma ação clara e precisa, e não uma abstração ou construto.
Critério de objetividade	Os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). O respondente pode concordar ou discordar, ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência.
Critério da simplicidade	O item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.
Critério da clareza	O item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população; deve-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas; frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.

(cont.)

Fonte: Pasquali, 2010.

Quadro 1 - Critérios psicométricos para elaboração dos itens

Critérios para construção dos itens	
Critério da relevância	A expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido; deve expressar o atributo que realmente deseja medir. O critério diz respeito à saturação que o item tem com o construto.
Critério da precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério da variedade	Variar a linguagem para não confundir as frases e evitar monotonia e cansaço. No caso de escalas de preferência, formular a metade dos itens em termos favoráveis e a outra metade em termos desfavoráveis, evitando respostas estereotipadas à direita ou à esquerda da escala.
Critério de modalidade	Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
Critério da tipicidade	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critério da credibilidade	O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com essa característica podem contribuir para uma atitude desfavorável do respondente.
Critérios referentes ao conjunto dos itens (o instrumento todo)	
Critério da amplitude	O conjunto de itens referentes ao mesmo atributo deve cobrir toda extensão de magnitude do contínuo desse atributo, ou seja, o instrumento deve poder discriminar entre indivíduos de diferentes níveis de magnitude do atributo a ser medido e abranger os vários níveis de compreensão da população meta.
Critério do equilíbrio	Os itens de um contínuo devem cobrir igual ou proporcionalmente, todos os segmentos do contínuo, de modo que a disposição deles assemelhe-se à curva normal, tendo a maioria dos itens dificuldade mediana, diminuindo progressivamente com itens fáceis e difíceis em menor número.

Fonte: Pasquali, 2010.

6º Passo: Análise teórica dos itens

O instrumento deverá ser submetido a essa análise, que consiste em requerer a opinião de outros acerca do construto operacionalizado, objetivando garantir a validade, mediante a apreciação de juízes que executarão dois tipos de análise – compreensão dos itens e pertinência dos itens ao construto que representam:

- **Análise semântica dos itens:** tem por objetivo verificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população a quem o instrumento se destina. Preocupa-se em verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população meta, bem como em evitar uma formulação de itens deselegantes, utilizando também o estrato mais sofisticado (de maior habilidade). Para se proceder à validade aparente dos itens, recomenda-se a técnica de *brainstorm*, que consiste na aplicação do instrumento em grupos de 3 a 4 pessoas, iniciando com sujeitos do estrato mais baixo e, posteriormente, com o grupo da população mais sofisticada. Na presença de dúvidas quanto à compreensão de um item, ou se houver divergências na sua reprodução, deve-se entender que ele tem problemas e necessita de reformulação. Os itens que continuarem a apresentar adversidades nas verificações subsequentes, atingindo o máximo de cinco, devem ser descartados;
- **Análise dos juízes:** também conhecida como análise de conteúdo ou análise de construto, tem por objetivo verificar a adequação da representação comportamental do atributo que o instrumento pretende medir. Os juízes precisam ser peritos na área do construto, já que sua tarefa é ajuizar se os itens se referem ou não aos fatores em questão. Uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes pode ser considerada critério de decisão sobre a pertinência do item.

Esse passo completa os procedimentos teóricos para a construção do instrumento de medida, os quais comportam a explicitação da teoria do construto e a elaboração do instrumento piloto. A próxima etapa será a validação do instrumento por meio dos procedimentos experimentais, que consistem na coleta de dados empíricos, e submissão às análises estatísticas psicométricas.

4.2.2 Procedimentos empíricos ou experimentais

Essa etapa acresce dois passos à construção do instrumento de medida, ao planejamento da aplicação do instrumento piloto e à própria coleta de dados empíricos que, junto à validade de conteúdo, contribuem para o processo de validação do instrumento piloto. O objetivo é coletar dados de uma amostra representativa da população para a qual o instrumento está sendo construído.

7º Passo: Planejamento da aplicação do instrumento piloto

Esse passo traz dois pontos importantes: a definição clara de uma amostra representativa da população meta, em termos de suas características específicas e a elaboração de instruções referentes à aplicação do instrumento. A definição de orientações tem a função de tornar a tarefa do respondente inambígua, explicitando claramente o que o sujeito deve fazer para responder corretamente ao teste. Além disso, deve-se definir a sistemática de aplicação do instrumento, bem como o formato com o qual ele se apresenta. A realização de um pré-teste é indicada para garantir a inteligibilidade do instrumento piloto.

8º Passo: Aplicação e coleta

Consiste na operacionalização da coleta dos dados, realizada após os ajustes recomendados no pré-teste. Os dados coletados darão origem a uma matriz ou banco de dados informatizado, a ser utilizado na etapa seguinte.

4.2.3 Procedimentos analíticos ou estatísticos

Essa etapa envolve os procedimentos estatísticos, incluídos nos últimos quatro passos postulados por Pasquali (2010), para a finalização do processo de validação do instrumento de medida.

9º Passo: Dimensionalidade do instrumento

Esse passo constitui na realização de uma análise dos dados empíricos coletados para definir a dimensionalidade do instrumento, ou seja, verificar se ele é ou não unidimensional. Para tanto, Pasquali (2010) propõe a realização de uma análise fatorial que irá determinar quantos fatores de fato o instrumento está medindo.

A análise fatorial mostra o que o instrumento está medindo, isto é, os fatores e os itens que compõem cada fator. Ela produz, para cada item, a carga fatorial (saturação) deste fator, indicando a covariância (parentesco) entre o fator e o item. Quanto mais próximo de 100% de covariância item-fator, o preceito será melhor representante comportamental do fator. As cargas fatoriais podem variar de -1,00 a +1,00, sendo que o valor de 0,30 (positivo ou negativo) é apontado como carga mínima para o item ser um representante útil do fator. Logo, as cargas fatoriais explicitam tanto a qualidade de cada item como do conjunto deles.

Assim, itens que apresentam alta carga ($>0,30$) no fator são unidimensionais, ou seja, medem o mesmo fator, enquanto que itens com carga zero ou próxima a zero não estão medindo o mesmo que os demais e, portanto, devem ser descartados.

10º Passo: Análise dos itens

Os itens com representatividade satisfatória do traço latente, conforme definidos no passo anterior, devem ser submetidos a análises individuais para a verificação de outras características (dificuldade, discriminação e resposta aleatória) que eles precisam apresentar dentro de um mesmo instrumento.

A dificuldade do item refere-se à magnitude do traço latente que o sujeito deve possuir para acertar (testes de aptidão) ou aceitar (teste de personalidade) o item; a discriminação do item refere-se à capacidade dele para diferenciar sujeitos que possuem magnitudes diferentes do mesmo traço latente, e a resposta aleatória diz respeito às respostas corretas dadas ao acaso.

Pasquali (2009) indica a realização de uma análise empírica dos dados, através da Teoria da Resposta ao Item (TRI), ou Curva Característica do Item (ICC). Essa teoria supõe que o sujeito possui certo nível de magnitude do traço latente, que é determinado pela análise das respostas aos itens, através de diferentes funções matemáticas.

11º Passo: Fidedignidade do instrumento

Esse passo também pode ser referenciado por outras expressões, como precisão, constância, consistência interna, confiabilidade, estabilidade, confiança e homogeneidade, a depender do método utilizado na coleta de dados empíricos ou da técnica estatística aplicada na análise desses dados. Porém, todas as expressões referem-se a quanto os escores de um sujeito mantêm-se idênticos em ocasiões diferentes.

A fidedignidade ou a precisão de um teste refere-se à característica que ele deve possuir – a de medir sem erros – que significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzirão resultados idênticos. A correlação entre essas duas medidas deve ser igual a 1; no entanto, como o erro está presente em qualquer medida, a análise da precisão de um instrumento psicológico objetiva mostrar o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1 (PASQUALI, 2011).

Para Lobiondo-Wood e Haber (2001), a confiabilidade de um instrumento é determinada pela sua capacidade de produzir os mesmos resultados sobre medidas repetidas, ou seja, ao mensurar novamente o comportamento pela mesma escala, os resultados produzidos serão os mesmos. Os principais atributos de um instrumento confiável são a estabilidade e a homogeneidade:

- **Estabilidade:** é a capacidade de produzir resultados iguais em administração repetida do instrumento. A medida utilizada para avaliar a estabilidade é o teste-reteste, que consiste em administrar o mesmo instrumento para os mesmos sujeitos, mediante condições similares em momentos diferentes, e comparar os escores obtidos. O intervalo entre o teste e o reteste varia e depende do fenômeno a ser mensurado (LOBIONDO-WOOD & HABER, 2001);
- **Homogeneidade ou consistência interna:** significa que todas as questões da escala devem medir o mesmo conceito ou característica e, portanto, se correlacionam ou são complementares. O método utilizado com maior frequência para avaliar a consistência interna é o alfa de Cronbach, teste que compara cada questão na escala, simultaneamente uma com a outra (LOBIONDO-WOOD & HABER, 2001). Esse método requer uma única aplicação do instrumento a um grupo de sujeitos, proporcionando uma estimativa de covariância entre os

escores obtidos a partir da divisão do instrumento em duas metades equivalentes. Os escores do alfa de Cronbach vão de zero a um, sendo que zero indica ausência total de coerência entre os itens, e um indica consistência interna de 100%.

Segundo Pasquali (2010), o instrumento submetido à série de análises anteriormente mencionadas permite ao mesmo ser considerado válido, fidedigno e, pronto, para uso na pesquisa. O autor recomenda que caso o instrumento seja orientado para uso clínico, ele deve ser submetido à normatização, possibilitando a interpretação dos resultados que produz.

12º Passo: Estabelecimento de normas

O último passo constitui na padronização ou normatização e se refere à necessidade de existir uniformidade em todos os procedimentos que dizem respeito ao uso de um teste válido e preciso, desde as condições da aplicação até o desenvolvimento de critérios de interpretação dos resultados. As normas de interpretação de resultados recomendadas por Pasquali (2011) são as Normas de Desenvolvimento e as Normas Intragrupo:

- **Normas de desenvolvimento:** baseiam-se no nível de desenvolvimento progressivo pelo qual o ser humano passa ao longo da vida (idade mental, série escolar, estágio de desenvolvimento);
- **Normas intragrupo:** o critério de referência dos escores é o grupo ou a população para o qual o teste foi construído, sendo que o escore do sujeito toma sentido em relação aos escores de todos os sujeitos da população.

Essa última etapa finaliza as proposições de Pasquali (1998, 2009, 2010, 2011) relativas ao processo de construção de instrumentos psicológicos de medida. O autor ressalta a importância da fundamentação teórica na definição do construto que o instrumento pretende medir, associada aos procedimentos que garantirão a validade e a confiabilidade, imprescindíveis para a qualidade do instrumento construído.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de desenvolvimento metodológico, pois se refere às investigações dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, dispondo sobre a elaboração, validação e avaliação tanto de instrumentos quanto de técnicas de pesquisa, que tem por objetivo construir um instrumento confiável, preciso e utilizável (POLIT et al., 2004).

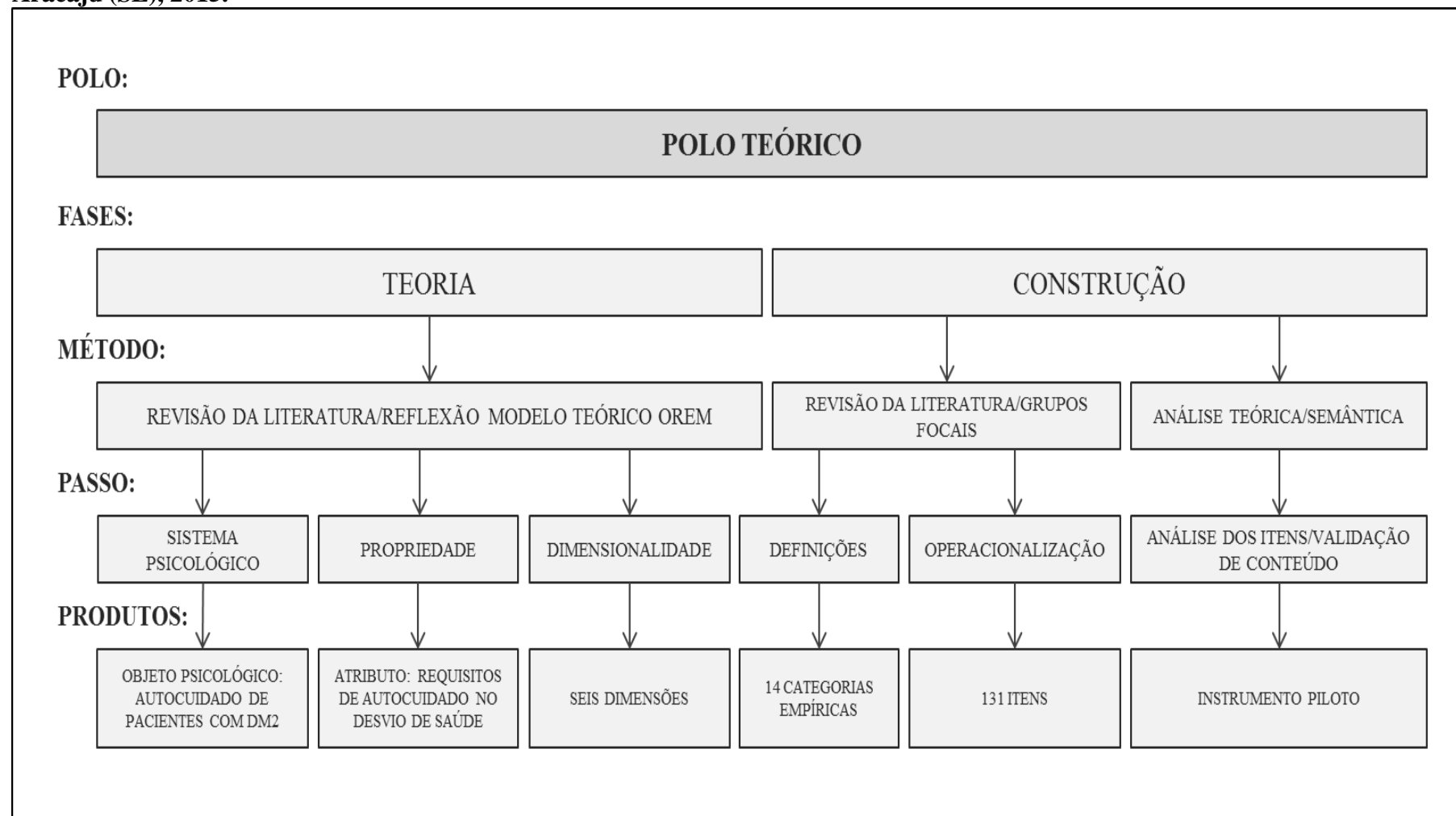
No desenvolvimento da pesquisa metodológica, o pesquisador se interessa em transformar um conhecimento corroborado pela literatura pertinente e previamente construído, em um instrumento com formato legível, resultando em uma ferramenta ou um protocolo de observação a ser utilizado em prol da aquisição de novos conhecimentos (LO-BIONDO & HABER, 2001).

Para construção e validação do instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com DM2, foi utilizada a proposta metodológica do modelo psicométrico de Pasquali (2010), que envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medidas de fenômenos subjetivos, e é composto por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos).

Nesse estudo, optou-se por contemplar o polo teórico, com seis passos, quais sejam: Sistema Psicológico, Propriedade do Sistema Psicológico, Dimensionalidade do Atributo, Definição do Construto, Operacionalização do Construto e Análise Teórica dos Itens, como mostra a figura 2.

Segundo Pasquali (2010), o polo aqui contemplado deve ser elaborado para cada instrumento e depende da literatura existente sobre o construto psicológico que ele pretende medir. Assim, cabe ao pesquisador levantar toda evidência empírica e sistematizá-la, resultando em uma miniteoria sobre o construto que pretende medir. Por sua vez, esse miniteoria irá guiá-lo na elaboração do instrumento de medida para tal construto que, no caso deste estudo, foi o ‘Autocuidado de pacientes com DM2’.

Figura 2 - Organograma metodológico da elaboração do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.



5.2 Construção do constructo “Autocuidado de pacientes com DM2” (1º, 2º, 3º e 4º passos)

A presente etapa tratou do levantamento dos elementos que englobam o construto escolhido para a elaboração do instrumento de medida.

1º Passo: O sistema psicológico

Diante da necessidade de conhecimento e aprofundamento do construto escolhido – ‘autocuidado de pacientes com DM2’, foi realizada a exploração teórica, culminando com a escolha da Teoria Geral de Enfermagem de Orem (2001) para fundamentar os procedimentos subsequentes. Nesse modelo teórico, descrito no capítulo anterior, o autocuidado é um comportamento aprendido visando algum propósito e consiste em ações realizadas por indivíduos conforme requisitos de saúde, que estão associados com o seu crescimento e desenvolvimento, seu estado de saúde, o meio ambiente, dentre outros fatores.

2º Passo: A propriedade do sistema psicológico

Dentre as três categorias de requisitos de autocuidado definidas no modelo teórico de Orem (2001) – universal, de desenvolvimento e do desvio da saúde, o estudo adotou esta última como propriedade do sistema psicológico de interesse, por considerar que a presença do DM2 na vida dos indivíduos que a possuem, exige mecanismos de regulação dos efeitos da doença, bem como dos cuidados prescritos para o seu controle.

3º Passo: Dimensionalidade do atributo

Segundo o modelo teórico de Orem (2001), são seis os requisitos de autocuidado em condições de doença ou de lesão, e eles foram assumidos como as dimensões teóricas do construto ‘autocuidado de pacientes com DM2’. O presente estudo considerou as seis dimensões teóricas: A) Buscar e garantir assistência multiprofissional; B) Conhecer e considerar a doença e suas complicações; C) Aderir ao tratamento prescrito; D) Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento; E) Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde e F) Aprender a

viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida.

Uma vez definida a dimensionalidade teórica do construto, é preciso conceituá-lo, de forma detalhada, baseando-se novamente na literatura pertinente, nos peritos da área e na própria experiência (PASQUALI, 2010). Para tornar o construto claro e preciso, foram estabelecidas as definições constitutivas e operacionais que nortearam o desenvolvimento do instrumento.

4º Passo: Definição do construto

A definição constitutiva situa o construto exata e precisamente dentro da teoria, dando, portanto, as dimensões e os limites semânticos que ele deve assumir (PASQUALI, 2010). Nesse estudo, adotou-se a definição de autocuidado de Orem (2001) que o relaciona ao desempenho de atividades pelos indivíduos em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. A realização efetiva dessas ações ajuda os sujeitos a manterem a integridade estrutural e funcional, contribuindo para o desenvolvimento humano.

O conceito de autocuidado de Orem foi publicado pela primeira vez em 1959, quando a teórica buscou responder ao questionamento de qual condição faria uma pessoa necessitar dos cuidados de enfermagem. Nesse contexto, a teórica encaminha a ideia de que o enfermeiro é o “outro eu”, expandindo dessa forma para o seu conceito de enfermagem de autocuidado (FOSTER & BENNETT, 2000).

A definição conceitual de autocuidado foi construída a partir de observações sobre o que o as pessoas fazem para beneficiar a própria saúde, o que os familiares ou amigos oferecem em forma de cuidado aos doentes, e o que os grupos sociais ou comunidades desenvolvem em benefício da saúde coletiva (OPAS, 2006). Em uma publicação do Ministério da Saúde – Brasil (2010), o autocuidado é definido como o ato de cuidar de si mesmo, perceber quais são as necessidades do corpo e da mente, adotar hábitos saudáveis, conhecer e controlar os fatores de risco que levam a agravos da saúde, adotando medidas de promoção, prevenção e recuperação da saúde, melhorando a qualidade de vida. Nesse sentido, o autocuidado envolve responsabilidade, autonomia e liberdade nas escolhas das ferramentas para a sua realização.

Bub *et al.* (2006) definem que as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício, com o propósito

de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Para os autores, o autocuidado é vinculado à saúde humana, embora se refira ao exercício do desejo humano de saber, de buscar a verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Esse fato também confere ao autocuidado uma dimensão ética, mesmo que vinculado fortemente a um dos aspectos do viver saudável.

Para concluir a etapa dos procedimentos teóricos, as definições operacionais do construto “autocuidado de pacientes com DM2” foram elucidadas através da técnica de pesquisa qualitativa de grupo focal. Morgan (1996) define grupos focais como uma técnica de pesquisa que coleta informações por meio das interações grupais, com o objetivo de captar, a partir das trocas realizadas no grupo, conceitos, sentimentos, atitudes, crenças, experiências e reações. O grupo focal pode ser utilizado no entendimento das diferentes percepções e atitudes acerca de um fato, prática, produto ou serviço, e possui como essência a interação entre os participantes e o pesquisador, cuja finalidade é colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos (IERVOLINO & PELICIONI, 2001).

Os grupos focais podem ser utilizados para gerar o conhecimento necessário para a construção de instrumentos de medidas, uma vez que essa técnica permite identificar o que é relevante sobre o tópico e com isto, apontar os domínios que devem ser cobertos. Ademais, avalia o conjunto de dimensões que irá cobrir cada domínio (quantidade de itens), promove *insights* de como os itens devem ser apresentados e serve de pré-teste de questionários e escalas (GONDIM, 2003).

Para Minayo (2014), a técnica de grupo focal deve ser aplicada mediante um roteiro que vai do geral ao específico, em ambiente não diretivo, sob a coordenação de um moderador capaz de conseguir a participação e o ponto de vista de todos os participantes. O planejamento dessa técnica de pesquisa deve considerar um conjunto de elementos que garantam seu pleno desenvolvimento, como: recursos necessários, com destaque especial para os moderadores do grupo; definição do número de participantes e de grupos a serem realizados; perfil dos participantes; processo de seleção e tempo de duração (TRAD, 2009).

A composição do grupo focal é intencional tendo em vista a pretensão de que exista pelo menos uma característica comum importante entre os integrantes. Os critérios para a seleção dos sujeitos são determinados pelo objetivo do estudo, caracterizando-se como uma amostra intencional. Nesse contexto, sugere-se que o número de participantes esteja situado em um intervalo entre seis e quinze, sendo que quando se deseja gerar um maior número de ideias, é

mais enriquecedor optar por um grupo maior. Sugere-se que a duração de cada um dos encontros varie de uma hora e meia a duas horas, já que exceder esse limite de tempo pode levar ao desgaste ou esvaziamento da mobilização dos participantes (DALL'AGNOL & TRENCH, 1999).

Nesse raciocínio, foram formados três grupos focais distintos, um composto por profissionais com experiência no manejo de pacientes com DM2 no ensino, pesquisa e/ou prática assistencial, e os outros dois compostos por pacientes com DM cadastrados em programa educativo de um serviço ambulatorial de referência do Estado de Sergipe. As sessões foram realizadas em locais reservados, livre de ruídos e interrupções externas, com disposição das cadeiras em forma circular, para permitir a interação dos participantes (no auditório de um hospital privado, no auditório das instalações de um conselho de classe, e na sala de educação de um serviço ambulatorial de saúde de Sergipe). Estes ambientes foram considerados de fácil acesso pelos participantes, contribuindo para o comparecimento deles.

O primeiro grupo focal foi constituído por 08 profissionais de saúde: enfermeiros (3), nutricionistas (2), médicos endocrinologistas (2) e psicólogo (1), convidados pela pesquisadora, através de um convite formal por escrito. Foram realizadas duas sessões com o grupo de profissionais, a primeira no mês de abril e a segunda em maio de 2015.

A primeira sessão teve duração de uma hora e trinta e sete minutos, na qual foram explanados os objetivos da pesquisa e a dinâmica de coleta de dados. As discussões seguiram um roteiro com a questão norteadora: *Do que o paciente com DM2 precisa para realizar o autocuidado?* Foi solicitado que cada participante comentasse, individualmente essa pergunta, utilizando o tempo de até 5 minutos.

A temática foi aprofundada com outras seis perguntas elaboradas a partir dos requisitos de autocuidado no desvio da saúde do Modelo Teórico de Orem: Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada; Conhecer e considerar a doença e suas complicações; Aderir ao tratamento; Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento; Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde e Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida. Para as questões referentes a esses requisitos, o tempo de respostas não foi delimitado, garantindo que os profissionais de saúde interagissem e explanassem suas ideias até a homogeneidade e saturação das respostas.

A segunda sessão teve duração de duas horas e trinta e seis minutos. Nesta fase, cada profissional recebeu o instrumento impresso com as categorias de análise, as quais foram discutidas e avaliadas pelos profissionais de saúde participantes, quanto a pertinência e a clareza dos itens, inclusive com sugestões de supressão, inclusão e a reformulação de itens.

O segundo grupo focal foi constituído por 12 pacientes que estavam iniciando o programa educativo em DM, identificados de A1 a A12, e o terceiro grupo focal foi constituído por 14 pacientes que estavam finalizando o programa, identificados de B1 a B14, com a finalidade de garantir seus anonimatos. Os encontros com os grupos focais compostos pelos pacientes foram realizados no mês de maio de 2015, no próprio serviço ambulatorial, em um dos momentos previstos do programa educativo. Cada grupo teve duração de aproximadamente uma hora. No início das sessões também foram explanados os objetivos da pesquisa e a dinâmica de coleta de dados. As discussões seguiram um roteiro com a questão norteadora: *Do que vocês precisam para cuidar de sua diabetes?*

A temática foi aprofundada com outras seis perguntas elaboradas a partir dos requisitos de autocuidado no desvio da saúde do Modelo Teórico de Orem (2001): O que facilita/dificulta a sua chegada até as instituições de saúde quando você precisa de atendimento para tratar a sua diabetes?/ O que vocês precisam conhecer para cuidar de sua diabetes?/ O que os profissionais de saúde perguntam a vocês durante a consulta para saber se vocês estão seguindo o tratamento?/ Quais são as limitações e os efeitos desconfortáveis do tratamento do seu diabetes que dificultam o cumprimento das recomendações dos profissionais?/ O que você sente quando lembra que tem diabetes? / Como você se enxerga por ter o diabetes? / Você considera necessário ser atendido pela equipe de saúde? / O que melhorou/piorou na sua vida após você saber que tem diabetes? O tempo de respostas não foi delimitado, garantindo que os participantes interagissem e explanassem suas ideias até a saturação das respostas.

A coordenação dos grupos foi realizada por um moderador e dois observadores, papéis executados, respectivamente, pela pesquisadora, orientadora e co-orientadora da pesquisa. O *corpus* textual foi constituído a partir das discussões emergidas nas sessões, que foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra para um editor de texto e submetidas à técnica da análise temática, com desmembramento do texto nas seis dimensões teóricas com suas respectivas categorias empíricas (Quadro 2).

Quadro 2 - Dimensões e as respectivas categorias empíricas provenientes dos grupos focais. Aracaju (SE), 2015.

Dimensões (Requisitos de Autocuidado de Orem)	Categorias empíricas
Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	1) Responsabilização mútua 2) Acessibilidade 3) Fatores condicionantes básicos (sócio-econômico-culturais)
Conhecer e considerar a doença e suas complicações	4) Aspectos relacionados à doença
Aderir ao tratamento	5) Tratamento medicamentoso 6) Tratamento não medicamentoso
Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento	7) Efeitos colaterais 8) Desconfortos psicoemocionais 9) Restrições do tratamento
Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	10) Humanização terapêutica 11) Reconhecimento da necessidade de controlar a doença 12) Valorização da equipe de saúde e dos resultados do tratamento
Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida	13) Valorização do estilo de vida 14) Melhora da autoestima

5.3 Operacionalização do constructo e Construção do instrumento (5º passo)

Após a explicitação teórica sobre o constructo e suas definições, foi dado prosseguimento a elaboração dos itens e a construção do instrumento.

5.3.1 Tipo de escala e sistema de pontuação

A escala é uma ferramenta de medição utilizada quando há uma combinação de questionamentos indiretos, com o objetivo de se obter um escore (LO-BIONDO & HABER,

2001). A escala, para Polit, Beck e Hungler (2004) é um dispositivo destinado a atribuir um escore numérico a indivíduos, para colocá-los numa sequência em relação aos atributos medidos. Definem que as escalas sociopsicológicas discriminam, quantitativamente, os indivíduos com diferentes atitudes, medos, motivos, percepções, traços de personalidade e necessidades.

Para Pasquali (2010), a escala caracteriza-se por uma sequência de números que se referem a algum aspecto da realidade, seja física ou mental, cuja finalidade é indicar diferentes magnitudes de uma propriedade ou atributo referentes à realidade posta em procedimento de análise e investigação.

O instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com DM2 (INAAP-DM2) contempla as seis dimensões dos requisitos de autocuidado no desvio da saúde, conforme o modelo conceitual da Teoria do Déficit de Autocuidado: Buscar e garantir assistência multiprofissional; Conhecer e considerar a doença e suas complicações; Aderir ao tratamento prescrito; Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento; Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde; e Aprender a conviver com os efeitos da doença.

Cada requisito é avaliado através de itens que contemplam as ações de autocuidado identificadas na técnica de grupo focal, citada no tópico anterior, sendo escolhida a escala de *Likert* para representá-las numericamente. Essa escala preocupa-se em verificar a concordância do sujeito, frente a uma série de afirmações que expressam algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico. As afirmações são respondidas em uma escala de três ou mais pontos, isto é, o sujeito tem que dizer se está em dúvida, se concorda ou discorda do que a frase afirma sobre o objeto psicológico (PASQUALI, 2010).

Desse modo, optou-se por construir o INAAP-DM2, por meio da escala de *Likert*, com cinco pontos variando de 1 a 5, onde 1 representa a pior pontuação (pior autocuidado) e 5 representa a melhor pontuação (melhor autocuidado). Foram elaborados itens com escalas de frequência – *nunca, quase nunca, às vezes, quase sempre e sempre* e escalas de conhecimento – *não sabe, responde 1 item, responde 2 itens, responde 3 itens e responde > 3 itens*. Ao final de cada domínio, a pontuação deverá ser somada e dividida pelo número de itens aplicados, resultando em um escore parcial. O resultado de cada requisito de autocuidado resultará na classificação em um dos Sistemas de Enfermagem, segundo o modelo teórico de Orem: *Totalmente Compensatório* (escore 1 ou 2) – paciente é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado terapêutico; *Parcialmente Compensatório* (escore 3) – paciente é capaz de aprender,

porém, necessita do profissional e/ou familiar para desempenhar as ações de autocuidado e *Apoio-Educação* (escore 4 ou 5) – paciente é capaz de aprender e desempenhar sozinho as ações de autocuidado terapêutico.

5.3.2 Itens da escala

Os itens da escala foram construídos considerando os doze critérios psicométricos recomendados por Pasquali (2010), quais sejam: critério comportamental, de objetividade, da simplicidade, da clareza, da relevância, da precisão, da variedade, da modalidade, da tipicidade, da credibilidade, da amplitude e do equilíbrio (Quadro 1).

5.4 Análise teórica dos itens (6º passo)

5.4.1 Análise dos juízes

Após a elaboração dos itens, a primeira versão do instrumento foi encaminhada aos juízes, para se proceder à análise semântica e conceitual dos mesmos. Essa etapa consiste na validade de conteúdo, que se refere a relação de proporcionalidade com que os itens do instrumento correspondem ao conteúdo dos traços teoricamente definidos pela teoria psicológica em questão (PASQUALI, 2011).

A validação de conteúdo é um exame sistemático da temática do teste, para determinar se ele abrange uma amostra representativa do domínio de comportamento a ser mensurado, isto é, avaliar se os itens do instrumento representam o universo do conteúdo. É importante ressaltar que essa validade é baseada em julgamento, ou seja, obtida por meio da apreciação de especialistas que analisam os critérios psicométricos dos itens (NORONHA & BAPTISTA, 2010).

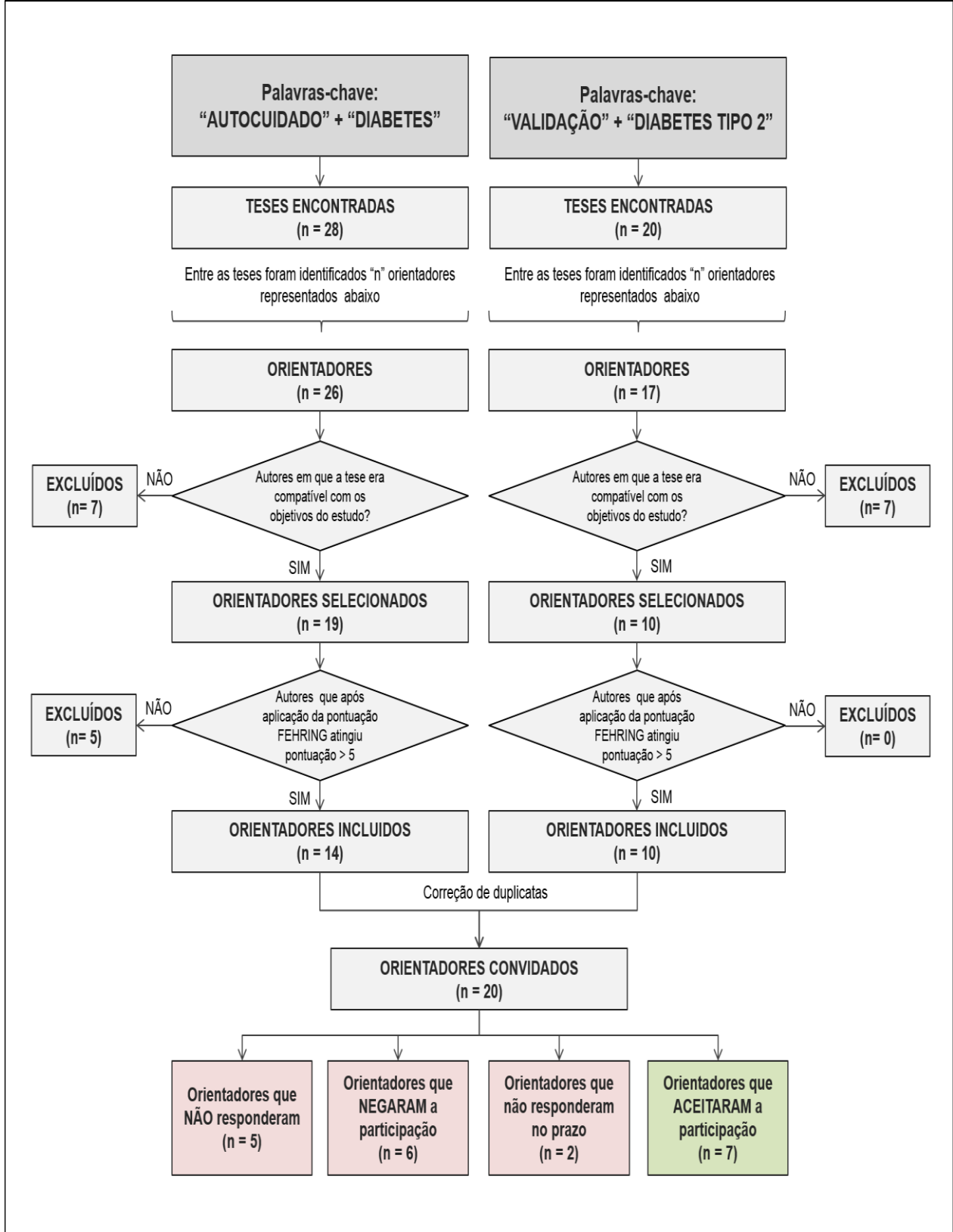
Para validação do instrumento, foi utilizada uma amostra de sete juízes. A literatura diverge sobre o número necessário de juízes no processo de validação de conteúdo. Autores sugerem de seis a vinte, sendo composto por um mínimo de três indivíduos em cada grupo de profissionais selecionados (HAYNES *et al.*, 1995). Para Pasquali (2010), seis juízes são suficientes para realizar essa tarefa.

Para identificação dos juízes, foi realizada uma busca nos bancos de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, como ilustrado na Figura 3. Após essa etapa de identificação, como critério para a seleção dos juízes foi desenvolvida uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (Quadro 3), o qual construiu um sistema para seleção de enfermeiros peritos para validação de diagnósticos de enfermagem. De acordo com esse sistema de pontuação, os especialistas devem obter a contagem mínima de cinco pontos para serem incluídos como sujeitos (FEHRING, 1987). A adaptação foi realizada para a adequação ao objeto do presente estudo.

Quadro 3 - Adaptação do sistema de classificação de especialistas do Modelo de Validação Fehring. Aracaju (SE), 2015.

Crítérios Fehring (1987)	Pontos	Crítérios Adaptados	Pontos Adaptados
Ser mestre em enfermagem.	4	Ser mestre. (critério obrigatório)	0
Ser mestre em enfermagem, com dissertação na área de interesse de diagnóstico.	1	Ser mestre com dissertação sobre DM.	2
Ter pesquisas publicadas sobre diagnóstico ou conteúdo relevante.	2	Ter pesquisas publicadas sobre DM.	2
Ter artigo publicado sobre diagnóstico em periódico indexado.	2	Ter artigo publicado sobre DM em periódicos indexados.	3
Ter doutorado em enfermagem, com a tese na área de interesse de diagnóstico.	2	Ter doutorado com tese na área de DM.	4
Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano na temática abordada.	1	Ter prática clínica recente, de no mínimo, um ano em DM.	1
Ter capacitação (especialização) em área clínica relevante ao diagnóstico de interesse.	2	Ter capacitação (especialização) em DM.	2
Pontuação Máxima	14	Pontuação Máxima	14

Figura 3 - Fluxograma de identificação e seleção dos juízes. Aracaju (SE), 2015.



O contato com os juízes selecionados foi realizado pela pesquisadora através do encaminhamento de um convite por email (Apêndice A), explicando o objetivo do estudo, a metodologia e a função do juiz nesta pesquisa. Após anuência, o questionário de análise dos juízes (Apêndice B), as instruções para preenchimento do questionário (Apêndice C), o TCLE (Apêndice D), e o instrumento construído (INAAP-DM2) foram encaminhados por email, sendo estabelecido um prazo de 30 dias para avaliação e devolução do questionário com as sugestões.

O questionário de análise dos juízes foi disponibilizado em dois formatos - Word e formulário eletrônico do *Google docs*. para escolha da preferência dos juízes. Esse questionário é constituído de duas partes. Na primeira, o juiz preencheu os dados de identificação e formação profissional. Em seguida, na segunda parte, iniciou o julgamento dos itens através da avaliação dos quatro tópicos a seguir:

- I. **Domínio sugerido pelos juízes** - o juiz avaliou o domínio ao qual pertence cada item, concordando ou não com a classificação sugerida pelos autores; o mesmo escolheu a letra que representa os domínios a seguir:
 - A) Buscar e garantir assistência multiprofissional
 - B) Conhecer e considerar a doença e suas complicações
 - C) Aderir ao tratamento prescrito
 - D) Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento
 - E) Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde
 - F) Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida;
- II. **Julgamento dos itens** - o juiz avaliou se o item deve ser mantido ou não no instrumento, assinalando uma das opções: *manter sem alterações*, *manter com alterações* e *não manter*;
- III. **Julgamento por critérios psicométricos** - o juiz avaliou os itens segundo os critérios desenvolvidos por Pasquali (2010), apresentados no Quadro 1, assinalando aqueles que considerou presentes no item avaliado. Quando algum critério não foi assinalado pelo juiz, os autores consideraram que o item não o possui;
- IV. **Alterações sugeridas** - o juiz especificou as alterações necessárias para cada item.

5.4.2 Análise semântica dos itens (pré-teste)

Após a adequação sugerida pelos juízes, o instrumento foi submetido ao pré-teste junto a uma parcela da população-alvo. Essa etapa consistiu na análise semântica dos itens e teve como objetivo verificar se todos eram compreensíveis para os membros da população a que o instrumento se destina. Pasquali (2010) recomenda que o pré-teste seja realizado em pequenos grupos, constituídos do estrato mais baixo (de habilidade) ao mais sofisticado (de maior habilidade) da população-alvo, partindo do princípio de que se o estrato menos habilidoso compreender os itens, o mesmo ocorrerá com os subsequentes.

O procedimento do pré-teste foi realizado no mês de outubro de 2015, com uma amostra de 14 pacientes cadastrados no atendimento ambulatorial do Centro de Especialidades Médicas de Aracaju (CEMAR), os quais haviam sido previamente convidados e concordaram em contribuir mediante participação no estudo.

Para a realização do pré-teste, a amostra foi constituída de 14 pacientes que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter o diagnóstico de DM2, idade acima de 18 anos, comparecer para atendimento no serviço de saúde ambulatorial de Sergipe selecionado, e concordar em participar do estudo através da assinatura do TCLE. O instrumento foi aplicado pela pesquisadora, que registrou as dificuldades e observações dos pacientes para possíveis adequações do mesmo.

Os sujeitos foram orientados quanto aos objetivos da aplicação do instrumento e a manifestação das suas dúvidas quanto à compreensão dos itens, permitindo que a pesquisadora as registrasse para posteriores adequações. Assim, o pré-teste teve por finalidade verificar se os pacientes com DM2 compreenderam o instrumento, avaliar o sistema de atribuição de escores e o tempo de aplicação.

A aplicação do instrumento foi realizada individualmente, em consultório reservado, livre de ruídos e interrupções externas, permitindo a concentração e a interação do paciente com a pesquisadora. O tempo médio de aplicação foi de 60 minutos. Além do material impresso do instrumento e do manual de instruções, uma escala impressa foi utilizada como recurso, visando contribuir com as possibilidades de respostas para os itens de frequência (*sempre - quase sempre - às vezes - quase nunca - nunca*), e assim, facilitar o entendimento dos pacientes, bem como uma

seringa e um glicosímetro para os itens de conhecimento da técnica de aplicação da insulina e automonitorização da glicemia capilar.

5.5 Processamento e Análise dos dados

A análise dos dados qualitativos dos grupos focais foi realizada através da técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 2006), que se caracteriza como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, que tem por finalidade obter inferências a partir de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A análise de conteúdo permite tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto (MINAYO, 2014).

Operacionalmente, foram seguidas as seguintes etapas: Preparação do material – transcrição das entrevistas gravadas e anotações; Pré-análise – realização das leituras flutuantes; Categorização – destaque de assuntos por relevância e/ou por repetição, transformando dados brutos em organizados; Validação externa – discussão com o grupo de pesquisa e debate dos resultados; Apresentação dos resultados – de forma descritiva e com citações ilustrativas das falas, preparando o resultado para discussão, inferência e interpretação (BARDIN, 2006).

Os dados coletados com o questionário de análise dos juízes foram armazenados no banco de dados eletrônico do Excel, versão 2007 e posteriormente analisados. O procedimento de digitação foi realizado em dupla entrada, com posterior cruzamento das informações, tendo em vista reduzir ao máximo os erros.

Para determinar o nível de concordância entre os juízes, foi calculado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) para cada um dos itens, para o conjunto de itens de cada domínio e para o conjunto total de itens do instrumento. O IVC mede a proporção ou a porcentagem de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens (ALEXANDRE & COLUCI, 2011). Este método emprega uma escala tipo Likert, e nesse estudo, adotou-se uma pontuação de 1 a 3, equivalendo respectivamente à avaliação *manter sem alterações*, *manter com alterações* e *não manter*. A fórmula utilizada para calcular o IVC de cada item foi:

$$IVCi = \frac{\text{número de respostas 1 ou 2}}{\text{número total de respostas}}$$

Para avaliar o conjunto de itens de cada domínio e o conjunto total de itens do instrumento, foi utilizado o seguinte cálculo: a média dos valores dos itens calculados separadamente, isto é, somaram-se todos os IVC calculados separadamente e dividiu-se pelo número de itens considerados na avaliação. A validade de conteúdo de uma escala é considerada excelente quando atinge um IVC entre os itens (IVCi) de 0,75 ou superior, e uma média de IVC da escala (IVCs) de 0,90 ou superior. Foi utilizado o seguinte padrão de avaliação: $IVCi \geq 0,78$ excelente, IVCi entre 0,60 e 0,71 bom, e $IVCi < 0,59$ ruim, devendo ser eliminados do painel de itens (POLIT et al., 2007).

Para a análise dos itens quanto à adequação aos domínios e aos critérios psicométricos selecionados, foi calculada a média aritmética, por meio da somatória das respostas dos juízes "*manteve no domínio*" ou "*sim*", respectivamente, dividida pelo número de especialistas. Também foi realizado o Teste Binomial, considerando um nível de significância de 5% ($p > 0,05$) para estimar a confiabilidade estatística dos IVCi. Para a análise estatística das variáveis qualitativas, foram calculadas as frequências absolutas e relativas. E para as quantitativas, foram calculadas a média e desvio padrão, sendo apresentados os resultados em tabelas e quadros.

5.6 Aspectos Éticos

Os participantes da pesquisa, que aceitaram participar de forma voluntária, assinaram os TCLE (Apêndice D, E, F e G), assegurando-os o direito a esclarecimentos, ao anonimato e a possibilidade de abandonar o estudo no momento que considerarem necessário. O TCLE contém ainda dados de identificação dos participantes, dos pesquisadores, os objetivos da pesquisa, bem como espaço para impressão datiloscópica para aqueles que não conseguiram assinar o termo. Também foi solicitada autorização a coordenação do serviço ambulatorial de Sergipe para a coleta de dados (Apêndice H).

A presente pesquisa foi encaminhada à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe, com CAAE 40789414.8.0000.5546, sendo aprovado sob o parecer 976.939. (Apêndice I).

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

6.1 Desenvolvimento dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2

Foram realizadas nessa etapa as definições operacionais das seis dimensões adotadas para o construto autocuidado de pacientes com DM2, a partir das manifestações dos profissionais e pacientes participantes dos grupos focais.

6.1.1 Caracterização dos participantes dos grupos focais

Participantes do grupo focal dos profissionais da saúde

Os participantes do grupo focal dos profissionais da saúde foram oito, sendo três enfermeiros, dois nutricionistas, dois médicos endocrinologistas e um psicólogo. Dentre eles, houve predomínio de mulheres (87,5%), com idade acima de 40 anos (62,5%) e tempo de formação profissional superior a 10 anos (75%). Quanto à titulação, metade possui doutorado e a maioria (62,5%), possui experiência no manejo de pacientes com DM2 por pelo menos 2 anos. Quanto ao vínculo empregatício, quatro pertencem a dois serviços ambulatoriais públicos e quatro são docentes de Instituições Federais de Ensino Superior (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais participantes do grupo focal, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju (SE), 2015. n=8

Variáveis	F_a	F_r	\bar{X}	σ
Sexo				
Feminino	7	87,5		
Masculino	1	12,5		
Idade (anos)				
30 – 35	3	37,5		
35 – 40	0	0,0	41,75	7,3
40 – 45	2	25,0		
45 – 50	3	37,5		
Formação profissional				
Enfermeiro	3	37,5		
Nutricionista	2	25,0		
Médico endocrinologista	2	25,0		
Psicólogo	1	12,5		

Tabela 1- Distribuição dos profissionais participantes do grupo focal, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju (SE), 2015. n=8

Variáveis	<i>F_a</i>	<i>F_r</i>	\bar{X}	σ
Instituição formadora				
Universidade Federal de Sergipe	6	75,0		
Universidade Federal do Pernambuco	1	12,5		
Universidade Federal de Piauí	1	12,5		
Maior titulação				
Graduação	1	12,5		
Especialização	2	25,0		
Mestrado	1	12,5		
Doutorado	3	37,5		
Pós-doutorado	1	12,5		
Tempo de formação (anos)				
0 - 10	2	25,0		
10 - 20	3	37,5	17,25	6,84
20 -	3	37,5		
Tempo de experiência com DM2 (anos)				
0 - 5	5	62,5		
5 - 10	0	0,0	8,37	7,81
10 -	3	37,5		
Instituição em que trabalha				
Centro de Especialidades Médicas de Aracaju	3	37,5		
Universidade Federal de Sergipe	5	62,5		

Legenda: *F_a* - frequência absoluta; *F_r* - frequência relativa; \bar{X} - média; σ - desvio padrão.

Participantes do grupo focal dos pacientes com DM2

A Tabela 2 apresenta a caracterização dos participantes dos grupos focais A e B, que se assemelharam em relação ao predomínio do sexo feminino (91,7% e 85,7%), da faixa etária acima dos 40 anos (66,7% e 85,7%) e da escolaridade, sobretudo, quanto à capacidade de leitura e escrita (75% e 78,6%), sendo que a maioria possui tempo de instrução inferior a dez anos (83,3% e 78,6%). Quanto ao estado conjugal, os resultados também foram semelhantes nos dois grupos, sendo que no A, 50% tinham companheiro e 50% não, e no grupo B, 57,1% tinha companheiro e 42,9% não, a empregabilidade do grupo A foi maior que a do grupo B, com 50% e 35,7%, respectivamente. Em ambos os grupos, a maior faixa de tempo de diagnóstico é entre 0 a 10 anos.

Tabela 2 - Distribuição dos pacientes participantes do grupo focal, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju (SE), 2015. n=26

Variáveis	Grupo focal A				Grupo focal B			
	<i>F_a</i>	<i>F_r</i>	\bar{X}	σ	<i>F_a</i>	<i>F_r</i>	\bar{X}	σ
Sexo								
Feminino	11	91,7			12	85,7		
Masculino	1	8,3			2	14,3		
Idade (anos)								
10 - 20	1	8,3			1	7,1		
20 - 30	1	8,3			1	7,1		
30 - 40	2	16,7	48,3	15,5	0	0,0	50,5	16,9
40 - 50	3	25,0			4	28,6		
50 - 60	2	16,7			5	35,7		
60 -	3	25,0			3	21,4		
Cidade que reside								
Aracaju/SE	7	58,3			12	85,7		
Estância/SE	1	8,3			0	0,0		
Lagarto/SE	1	8,3			0	0,0		
Pacatuba/SE	2	16,7			0	0,0		
Simão Dias/SE	1	8,3			2	14,3		
Escolaridade								
Sabe ler/escrever	9	75,0			11	78,6		
Não sabe ler/escrever	3	25,0			3	21,4		
Tempo de estudo (anos)								
0 - 5	10	83,3			7	50,0		
5 - 10	0	0,0	4,7	3,8	4	28,6	5,6	4,6
10 - 15	2	16,7			3	21,4		
Estado conjugal								
Com companheiro	6	50,0			8	57,1		
Sem companheiro	6	50,0			6	42,9		
Ocupação								
Empregado	6	50,0			5	35,7		
Desempregado	5	41,7			6	42,8		
Aposentado	0	0,0			1	7,2		
Estudante	1	8,3			2	14,3		
Tempo de diagnóstico (anos)								
0 - 10	8	66,7			9	64,3		
10 - 20	3	25,0	9,8	8,0	4	28,5	10,7	8,6
20 - 30	1	8,3			1	7,2		

Legenda: *F_a* - frequência absoluta; *F_r* - frequência relativa; \bar{X} - média; σ - desvio padrão.

*Nota: a classificação em anos de estudo foi obtida em função da série e do nível ou grau que a pessoa havia frequentado; a correspondência foi feita de forma que cada série concluída com aprovação correspondeu a 1 ano de estudo (IBGE, 2011).

6.1.2 Operacionalização do construto

A operacionalização consiste na definição das tarefas que os indivíduos terão de executar para que se possa avaliar a magnitude da presença do construto. As seis dimensões englobadas foram conceituadas a partir das categorias empíricas emergidas das sessões dos grupos focais, conforme os quadros 4 a 9.

A) Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada

A busca do paciente com DM2 por uma assistência multiprofissional apropriada requer uma *responsabilização mútua* de profissionais e pacientes, como forma de garantir a *acessibilidade* aos serviços de saúde. Neste sentido, a ruptura da assistência multiprofissional com foco central no paciente, cria obstáculos e insatisfação àqueles que buscam o serviço de saúde para tratamento, situação que é ampliada quando se trata de serviços de saúde privados, com suas normas e rotinas rígidas, muitas vezes, com características inflexíveis.

Destarte, na área da saúde as concepções de multicausalidade e de integralidade inerentes ao processo saúde-doença demanda a abordagem de diferentes profissionais. No sistema de saúde público, a disponibilização de equipes multiprofissionais é garantida por meio da Estratégia de Saúde da Família, realidade distinta do sistema privado. O trabalho em equipe que envolve relação de reciprocidade e interação entre os profissionais contribui para o alcance da interdisciplinaridade, e tem como produto a construção de um projeto assistencial comum (SEVERO & SEMINOTTI, 2010; KELL & SHIMIZU, 2010).

A complexidade do DM2, ao demandar mudanças no estilo de vida, exige que a responsabilidade pelos resultados do tratamento seja compartilhada entre a equipe de saúde e o paciente. O profissional necessita, além do conhecimento técnico, ter a habilidade de comunicação efetiva com o paciente, almejando uma relação de confiança e cooperação (SEARA *et al.*, 2013), haja vista que o interesse demonstrado pelos profissionais incentiva o paciente a enfrentar as dificuldades impostas pela doença (DAMASCENO *et al.*, 2012).

Em contrapartida, os relatos dos profissionais (Quadro 4) revelaram a importância da participação ativa do paciente no tratamento para o autogerenciamento da doença (PEREIRA *et al.*, 2012; ROXAS & NICODEMUS, 2013). Autores de estudos de intervenção educativa que utilizaram a metodologia problematizadora constataram que o indivíduo com DM é

corresponsável pela sua saúde, e que a recuperação está condicionada à sua participação ativa (PEREIRA *et al.*, 2012).

Quadro 4 - Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de *Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada*. Aracaju (SE), 2015.

Categorias empíricas	Manifestações dos Profissionais	Manifestações dos Pacientes
Responsabilização mútua	<i>Quando eu pego um paciente a primeira vez que é diabético, eu digo a ele "a doença é sua, eu estou aqui para ajudar. A doença é sua, quem vai cuidar é o senhor" (P8). Essa coisa da responsabilidade que ele falou ... às vezes jogam para a gente. Eles querem voltar pra gente ficar fazendo o tempo todo o papel deles (P4).</i>	<i>[...] a força de vontade ajuda (A12). [...] a unidade de saúde local ... elas encaminham a gente pra cá ... para daqui o médico endocrinologista encaminhar a gente para a aula com ela (enfermeira). Porque ele vendo a necessidade da gente ele encaminha para a gente ser acompanhado (B12).</i>
Acessibilidade	<i>[...] a existência de grupos multiprofissionais que infelizmente não é uma rotina. No sistema privado mesmo, os convênios ... nenhum deles aceita a multidisciplinaridade (P7)</i>	<i>[...] pela primeira vez que eu tive médica de diabetes ... eu não conseguia e agora eu consegui (A3). [...] a facilitação na marcação de consulta nos postos, de exames ... fosse mais fácil (A2). É muito difícil a gente conseguir chegar aqui, eu passei oito meses esperando para conseguir consulta com a endocrinologista, então demorou o tempo, mas graças à Deus cheguei. (B6). Para mim dificulta também a médica solicitar exame e aí ter exame de um ano e ele não ser liberado (B1).</i>
Fatores condicionantes básicos (sócio-econômico-culturais)	<i>Então ... é de uma pessoa que as vezes você precisa dizer "É uma equipe de vários profissionais". Não usar a palavra multiprofissional. Ele nem sabe o que é isso (P1). E o valor de conversar com um profissional, infelizmente ainda é muito médico centrada. E o diabetes não é uma doença que se resolve médico centrada (P7). Fatores financeiros, tem paciente que não tem condições de pagar uma passagem (P6). A sensibilização não só do paciente mas da família, das pessoas que ele convive ... acho que é primordial. A partir desse apoio, ele vai conseguir aos poucos autonomia para ir para o autocuidado (P3).</i>	<i>Quando descobre né que tem a doença, por que as vezes a gente nem sabe (A9). O transporte ... a gente que é do interior. O carro passa dez horas, se passar aqui e eu não tiver na porta, já vai embora não volta pra pegar mais (A10). As vezes a pessoa não tem condição de vim por causa do transporte, aí pede a um vizinho para dar carona como aconteceu comigo mesma, era de manhã e eu não tinha dinheiro para vim (B8). A falta de tempo, porque eu estudo, aí acabo não tendo tempo (B13). Bem assim é minha filha ... pra todo canto que eu vou é com ela (A10).</i>

Na categoria empírica, *fatores condicionantes básicos*, foi narrado pelos profissionais de saúde e pacientes, a forte influência da orientação sociocultural e da disponibilidade de recursos financeiros no requisito de autocuidado para uma assistência apropriada. A situação financeira, as influências culturais e as crenças/attitudes em relação à saúde são fatores que interferem no comprometimento do paciente para com o autocuidado (GRILLO *et al.*, 2013).

Os fatores do sistema familiar também foram destacados pelos profissionais e pacientes como condicionantes para a busca da assistência. Das falas, emerge a significação de que a rede de apoio social do paciente com DM2 constitui um importante fator na adesão aos tratamentos, sendo os familiares uma das principais fontes. A influência da família reforça as orientações de saúde dos profissionais, culminando em um melhor enfrentamento da doença pelos pacientes (GOMES-VILLAS BOAS *et al.*, 2012; SEARA *et al.*, 2013; JANNUZZI *et al.*, 2014). Por esse motivo, o apoio social pode ser uma das ferramentas para facilitar ou promover mudanças comportamentais (GOMES-VILLAS BOAS *et al.*, 2012).

B) Conhecer e considerar a doença e suas complicações

O conhecimento e a compreensão dos *aspectos relacionados à doença* foram descritos pelos profissionais e pacientes como um importante requisito para a realização do autocuidado, como descrito no quadro 5. Resultados de estudos sobre a influência da autogestão da DM demonstraram que a falta de conhecimento e de compreensão sobre os aspectos da doença, constituem uma barreira para o autogerenciamento do DM (KISOKANTH *et al.*, 2013).

As práticas educativas de saúde devem integrar o tratamento do paciente com DM, uma vez que fornecem as ferramentas necessárias ao automanejo da doença, como é evidenciado nos relatos dos participantes deste estudo. A educação favorece o desenvolvimento da capacidade do paciente de ser sujeito ativo, que assume as mudanças no estilo de vida e consegue identificar, resolver ou buscar auxílio para enfrentar as dificuldades que surgem no manejo da doença (GRILLO *et al.*, 2013).

Para os profissionais, o conhecimento dos pacientes sobre as complicações decorrentes do DM2, contribui para que as mesmas sejam detectadas precocemente. A disponibilização de conhecimentos e o incentivo às atitudes ativas de autocuidado dos pacientes, relacionam-se ao

melhor controle da doença, à prevenção das complicações e a uma melhor convivência com sua condição de saúde (FUNNELL *et al.*, 2012).

Quadro 5 - Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de *Conhecer e considerar a doença e suas complicações*. Aracaju (SE), 2015.

Categorias empíricas	Manifestações dos Profissionais	Manifestações dos Pacientes
Aspectos relacionados à doença	<i>Conhecimento a respeito da doença que ele tem. O paciente, a partir do momento que ele sabe, que ele foi diagnosticado, ele precisa conhecer (P6). A informação do que a doença pode causar na vida dele a curto, a médio e a longo prazo (P7). E aí, eles trazem as dúvidas, os mitos ... é a questão de não relacionar que a hiperglicemia lá de 300, que não está fazendo ele sentir nada, foi responsável por aquela amputação do dedo, e vai ser responsável pelas próximas (P1).</i>	<i>Como é que se origina essa doença (B13). Os sintomas que ela provoca (B5). [...] porque eu fiquei sabendo os controles ... aí melhorou mais, não tenho tontura mais ... eu só andava caindo (A12). Precisava saber sobre alimentação e o uso de medicação, porque eu uso a insulina há muito tempo, mas eu não sabia usá-la ... vim aprender aqui (B11). Conhecimentos do cuidado com o pé ... eu vim fazer aqui exame dos pés, porque eu nem sabia que tinha exame nos pés (B4). O que elas falaram, eu também já vim aprender aqui, a insulina, alimentação correta, melhorou muito, o controle da diabetes (B12).</i>

C) Aderir ao tratamento

A adesão às práticas de autocuidado relacionadas aos tratamentos é fundamental para o controle glicêmico nos pacientes com DM2, constituindo-se em um desafio para o indivíduo e para a equipe de saúde. Esse desafio se deve à multiplicidade de elementos envolvidos no tratamento integral, *medicamentoso e não medicamentoso*, como mostrado no quadro 6.

Os participantes dos grupos focais tiveram como relação de reconhecimento à adesão terapêutica, duas vertentes complementares, a medicamentosa e a não medicamentosa. Ao analisar o autocuidado de pacientes com DM2, estudos revelaram baixa adesão a automonitorização glicêmica, à prática de exercícios físicos e aos cuidados com os pés, porém, boa aderência ao uso da medicação (REZENDE NETA *et al.*, 2015). Em uma revisão integrativa sobre autogestão do DM, também foi identificado um melhor nível de adesão ao uso de medicamentos quando comparados com as recomendações de mudanças no estilo de vida, como dieta e exercício (KISOKANTH *et al.*, 2013).

Quadro 6 - Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de *Aderir ao tratamento*. Aracaju (SE), 2015.

Categorias empíricas	Manifestações dos Profissionais	Manifestações dos Pacientes
Tratamento medicamentoso	<i>Eu acho que a adesão ao tratamento medicamentoso ... é menos difícil do que o não medicamentoso (P3). O medicamento eles até aderem ... e adoram quando a gente vai passar remédio. E quando você fala em atividade física, em dieta ... eles não aderem (P8). [...] eu já ouvi de paciente, porque eles usam muitas medicações, então às vezes ... eles deixam de usar ou a insulina ou outra medicação com a desculpa de que "ah, porque eu já tomo um monte de medicação" (P6).</i>	<i>Se tá tomando o remédio certo (A9). Se está tomando medicação direito (B11). Os horários corretos ... (B5). Se está tomando a dosagem certa (B13). [...] porque eu já estava tomando um remédio, aí tomava café primeiro e depois tomava o remédio, o médico disse que primeiro tinha que tomar o remédio em jejum e depois comer, aí agora eu estou fazendo certinho e o lanche na hora certa (B8).</i>
Tratamento não medicamentoso	<i>"Só eu vou ter que comer assim? O mundo todo está comendo do bom, e eu estou comendo essa comida que é horrível" (P4). Quando chega na atividade física, "ah, não saí para fazer porque estava chovendo." Mas está chovendo há três dias. Choveu há três meses? "e o que foi que o senhor fez nos outros 90 dias atrás?", tem sempre uma desculpa (P8). Alguns tem dificuldade em monitorar e não entendem que aquilo é um ponto de partida para ele ajustar tudo (P3). Muita gente ainda não faz o exame do pé (P1).</i>	<i>Se tá fazendo caminhada ... (A9). Se está seguindo com a prescrição que ela (nutricionista) me deu ... se tá tirando tudo que ela me orientou (A8). [...] se está fazendo atividade física (B5). Pergunta se eu estou comendo errado (B5). Alimentação seis vezes por dia e se alimentar sempre no horário certo (B8). O tipo de sandália que a gente tem que usar (B11).</i>

A complexidade do esquema terapêutico *medicamentoso* em pacientes com doenças crônicas foi considerada como importante dificuldade para a adesão do autocuidado. Resultados de estudos sobre as crenças associadas aos comportamentos de adesão aos medicamentos antidiabéticos orais, revelaram que a complexidade do esquema terapêutico, com a necessidade de ingestão de mais de um medicamento ao dia e a incompreensão da receita, dificultam o comportamento de adesão (JANNUZZI *et al.*, 2014).

Quanto ao *tratamento não medicamentoso*, os pacientes conceberam relevância para as medidas terapêuticas prescritas, e os profissionais deram significância às dificuldades dos pacientes em realizarem essas medidas, enfatizando o plano alimentar, a prática de atividades físicas, o monitoramento diário da glicemia e o cuidado com os pés. Corroborando com esta pesquisa, resultados de um estudo sobre as atividades de autocuidado de pacientes com DM

inseridos em programa de automonitorização da glicemia capilar, revelaram que eles reconhecem a importância do tratamento não medicamentoso para o controle da doença, no entanto, os dados relacionados à alimentação, a atividade física e a automonitorização da glicemia capilar foram aquém do desejável (VERAS *et al.*, 2014).

Dentre as dificuldades relacionadas ao autogerenciamento de mudanças no estilo de vida de pacientes com DM2, destacam-se a percepção negativa em relação à recomendação do plano alimentar, barreiras relacionadas aos eventos sociais, falta de conhecimento e compreensão da importância da alimentação saudável e sua relação com o uso de medicamentos e a prática de atividade física, e a falta de motivação (BOOTH *et al.*, 2013). Ressalta-se que a realização dessas práticas de autocuidado envolvem modificações de hábitos, crenças e padrões comportamentais consolidados, fato que inibe o seguimento das recomendações.

Além das categorias empíricas reveladas nos grupos focais, a operacionalização dos itens do instrumento referentes à adesão terapêutica, também foi embasada na literatura pertinente. Quanto ao *tratamento medicamentoso*, alguns itens foram adaptados de outros instrumentos validados nos estudos de Delgado e Lima (2001) e Gomes-Villas Boas *et al.* (2014). Tratam-se dos itens que objetivam avaliar a adesão ao tratamento com antidiabéticos orais e com insulina. Para a construção dos itens do *tratamento não medicamentoso*, foi utilizado o caderno de atenção básica, n°. 36, que define estratégias para o cuidado de pessoas com DM, para fundamentar os itens do plano alimentar, da monitorização da glicemia e dos cuidados com os pés (BRASIL, 2013b); e as diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2014-2015, para embasar os itens do plano de atividades físicas (SBD, 2015).

D) Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento

O conhecimento dos *efeitos colaterais* e dos *desconfortos psicoemocionais* concernentes à prescrição das medidas terapêuticas, foi considerado pelos participantes dos grupos focais, como requisito para a realização das práticas de autocuidado, como descrito nas falas apresentadas no quadro 7.

Quanto aos *efeitos colaterais*, os relatos atribuíram significados à necessidade dos pacientes conhecerem os sinais e sintomas da hipoglicemia. Nesse sentido, a capacidade do paciente de decidir sobre o uso correto das medicações, expressa suas tentativas de enfrentar a

doença que pode ser afetada pelas reações adversas inerentes aos fármacos, como os sintomas de hipoglicemia (JANNUZZI *et al.*, 2014).

A discussão entre os profissionais e entre os pacientes sobre a comodidade terapêutica se direcionou para os *desconfortos psicoemocionais* causados pela prescrição e uso da insulina. As crenças culturais dos pacientes suscitaram afetar a autogestão do DM, como acontece com os medos e equívocos com a insulinização. Associar o uso da insulina ao fracasso pessoal no gerenciamento da doença e a preocupação com a dependência resultante do uso contínuo, são equívocos frequentes (KISOKANTH *et al.*, 2013).

As *restrições do tratamento* foram consideradas pelos pacientes como desconforto no seguimento das medidas terapêuticas prescritas, com respaldo para a restrição alimentar. Estudo que buscou os significados do DM para os pacientes revelou que, para eles, a doença afasta-os das coisas que dão prazer, pois, suas escolhas são determinadas pelo que deve ser feito para controlar a doença e não mais pelos desejos. As dificuldades no controle da alimentação também foram destacadas pelos participantes desse estudo (SEARA *et al.*, 2013).

Quadro 7- Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de *Conhecer e considerar/regular os desconfortos do tratamento*. Aracaju (SE), 2015.

Categorias empíricas	Manifestações dos Profissionais	Manifestações dos Pacientes
Efeitos colaterais	<i>Identificar quais são os sintomas da hipoglicemia e tomar as atitudes corretas, porque esse conhecimento é muito importante (P2). Então, o paciente que usa insulina, e o paciente que usa droga oral, eles precisam de uma abordagem voltada para a prevenção e correção dos episódios. Um atraso de alimentação, exercício físico feito a mais, não fez um lanche antes do exercício, ou não diminuiu a dose da insulina depois do exercício. Então, uma série de senões que precisam ser abordados para melhorar autocuidado dele (P7).</i>	<i>[...] porque eu fiquei sabendo os controles ... aí melhorou mais, não tenho tontura mais ... eu só andava caindo (A12). Ele tinha trauma de ir caminhar e passar por aqueles sintomas, ele passou muito tempo sem ir ... foi aí que a enfermeira começou a conversar com ele, agora ele está fazendo a caminhada normal (B9). Pensar de tomar o remédio ... pra mim é um tormento. Eu quebro ele no meio porque ele é muito grande ... aí fica doendo aqui (garganta) (A8). Desconforto no estômago que a medicação causa (B5). Depois que eu comecei a tomar insulina ... aí me dá aquele calafrio e tontice ... gastura assim por dentro ... eu tenho que me deitar ... foi depois da insulina (P6).</i>
Desconfortos psicoemocionais	<i>Há um grande medo ... no início da insulinização, há resistência do paciente. Tem paciente que acontece de ficar uma, duas, três consultas e ele resistindo, por conta, desse medo terrível (P1). A insulina também remete aquela questão da aplicação, né, vai se picar todo dia, o paciente tem muita resistência com essa questão (P4). Fui perguntar a cada um qual foi a sensação, quando começou na insulina ... o medo de morrer é maior do que o medo da furada (P1).</i>	<i>Ela me perguntou se eu já estava acostumada com a minha diabetes, e aí eu respondi que não, que quando eu descobri não queria tomar remédio nenhum, principalmente a insulina, porque eu entrei em trauma mesmo quando ela disse que eu ia passar para a insulina. Eu disse a ela que preferia morrer do que tomar esse troço (B14). [...] o comprimido é melhor do que tá todo dia se furando (A11).</i>
Restrições do tratamento	—	<i>Lembrar que eu não vou ter mais aquela vida como era antes (B5). Eu tive que mudar muitas coisas que eu fazia errado, então para mim foi aquele choquezinho (B4). [...] pra mim é não comer ... o que piorou na minha vida foi eu não poder comer (A3). A alimentação, assim de não poder comer tudo, a restrição da alimentação. Eu me enxergo diferente dos outros normais que podem chegar numa lanchonete e comer um pastel, ou um churros e eu não posso fazer isso (B11).</i>

E) Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde

Nas discussões a respeito do processo de aceitação da doença, os profissionais valorizaram a *humanização terapêutica*, e ao mesmo tempo, expressaram que o *reconhecimento da necessidade de controlar a doença* é uma característica própria dos pacientes que a vivenciam, como demonstrado no quadro 8.

Quadro 8 - Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de *Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde*. Aracaju (SE), 2015.

Categorias empíricas	Manifestações dos Profissionais	Manifestações dos Pacientes
Humanização terapêutica	[...] esse paciente precisa ser acolhido por quem atende ele. Ele precisa se sentir acolhido para que ele aceite a doença (P1).	—
Reconhecimento da necessidade de controlar a doença.	Acho que o interesse é o ponto de partida, a vontade que ele tem de conhecer, de aprender, acho que quando ele busca isso (P3). Eu identifico isso quando ele começa o curso e termina, porque ele não consegue ficar se ele não aceitar ... mas se ele aceitar ele quase não falha, porque termina e ele quer voltar (P1).	Eu pretendo controlar ... seguir certinho, e ficar boa (A2). [...] eu passei quinze dias na casa da minha nora, ela no meu pé ... ela é rígida e a minha tava em duzentos e oitenta e seis. Com quinze dias eu fiz um exame e deu noventa e um ... eu sai da casa dela ... a minha já tá alta porque de vez em quando eu faço coisa errada. Mas se controlar, rígido mesmo, então ela vai pra o normal (A2). Eu me acostumei porque minha mãe amputou duas pernas, aí eu pensei o que seria de mim. Mas eu aceitei porque eu já tinha o costume, o exemplo da minha mãe (B8).
Valorização da equipe de saúde e dos resultados do tratamento.	Ele de forma voluntária mesmo, dizer que a equipe vai ser importante na vida dele... vai mudar a situação... ele vai ter que sair da zona do conforto (P7). Quando ele tem a valorização do nutricionista, do educador, assim, “estou indo, estou cumprindo”. Eu acho que ele aceitou a doença, quando ele valoriza o resultado, ações, dá o 'feedback' positivo (P8).	[...] eu mesmo não conhecia esse tratamento dos pés ... foi através dela (enfermeira) ... e estou aqui pra saber mais (A10). Eu aqui aprendi muito com ela (enfermeira) (A8). O apoio dos médicos, enfermeiros ... é importante o apoio psicológico. As orientações, o exercício e o apoio que a gente tem (B11). Os médicos que me desculpem, eles querem que controle, mas não ensinam como ela (enfermeira) ensina (B10). Na aula da nutricionista foi importante para descobrir coisas que a gente não sabia na consulta, muito mais coisa (B11).

Autores de estudo revelaram que após intervenção educativa de enfermagem, pacientes com DM2 apresentaram, além da aquisição de novos conhecimentos, mudança de atitude para preservação do bem-estar e aumento da responsabilização frente à doença (LUNA *et al.*, 2013). A participação ativa do paciente nas estratégias de controle da doença motiva-o para a modificação do estilo de vida e, conseqüentemente, contribui no processo de aceitação.

A *valorização da equipe de saúde e dos resultados do tratamento exprimiu-se* como particularidade citada pelos profissionais e pelos próprios pacientes quanto ao processo de aceitação da doença. A equipe de saúde deve fornecer as ferramentas necessárias ao empoderamento do paciente. Nesta perspectiva, o objetivo é o desenvolvimento de habilidades como a fixação de metas, a resolução de problemas e a gestão de barreiras cognitivas, comportamentais e psicossociais. Estas habilidades são uma forma de combate à lentidão no processo de aceitação da doença pelo paciente e sua família, uma vez que o diagnóstico do diabetes impõe limitações aos hábitos de vida já consolidados, interferindo nas relações familiares e sociais (JAIMES *et al.*, 2014).

F) Aprender a viver com os efeitos da doença e as conseqüências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida

Para os profissionais, a condição do paciente de aprender a conviver com a doença e com as implicações do diagnóstico e do tratamento, é evidenciada quando há *valorização do estilo de vida* adotado e melhora na *autoestima*, conforme explanado nos discursos do quadro 9. A complexidade de conviver com uma doença crônica faz com que a qualidade de vida dos indivíduos que a possuem seja afetada. As complicações agudas e crônicas decorrentes do DM, bem como as implicações do tratamento, comprometem o bem estar físico e psicológico desses pacientes (FARIA *et al.*, 2013). No entanto, quando eles deixam de considerar essas implicações como problemas na sua vida, o seu bem estar físico e psicológico é restabelecido.

O processo de aprender a conviver com uma doença crônica como o DM, por exemplo, exige a participação de familiares, profissionais e instituições que proporcionem apoio e contribuam de maneira efetiva para a assimilação das mudanças comportamentais necessárias para a condição de saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

Quadro 9 - Categorias empíricas provenientes da percepção dos profissionais e pacientes sobre o requisito de *Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida*. Aracaju (SE), 2015.

Categorias empíricas	Manifestações dos Profissionais	Manifestações dos Pacientes
Valorização do estilo de vida	<i>Para mim é quando ele diz que adorou a mudança de hábito alimentar. Ele vem empolgado, a gente vê que realmente aprendeu, mudou e gosta (P4). Quanto a questão de mudança, tem uma paciente que a gente acompanha "eu era completamente sedentária, depois que eu me tornei diabética, eu faço três esportes" ... judô, musculação e surfa. Ela aprendeu a conviver e hoje vive melhor do que vivia antes de ser diabética (P3).</i>	<i>[...] melhorou muita coisa ... porque eu comia tudo e hoje eu não como (A3). Eu perdi dez quilos ... mas se fosse com saúde era melhor né? (A11). Eu aprendi a não exagerar em outras coisas e não exagerar na saúde (B4). Eu comecei a fazer atividade física, eu trabalhava o tempo todo e agora tive que arranjar um jeito aí eu faço de tardezinha, a minha alimentação corretinha (B12). Eu fiquei constrangido quando soube, mas depois melhorei aí eu me adequei na alimentação. Agora eu sinto a necessidade e sei controlar (B10).</i>
Melhora da autoestima	<i>E a outra forma de ver isso é quando o paciente diz assim, "depois que eu comecei a fazer atividade física eu sou outra pessoa", "porque melhorei não foi só no diabetes". A autoestima é a primeira coisa, o bem-estar é a primeira coisa e é imediato. E a perda de peso, controle do colesterol, pronto, quando ele chega dizendo isso, é perfeito (P1).</i>	<i>Eu me sinto uma pessoa como se eu não tivesse diabetes, assim na frente de qualquer pessoa (A3). Eu me sinto bem, não me sinto diferente, se eu estou seguindo a dieta corretamente e o tratamento direitinho, então eu não tenho porque ser diferente (B12). Tem pessoas que se escondem né? ... eu não tenho não medo de falar ... eu falo que tenho diabetes (A8).</i>

6.2 Validação de Conteúdo do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2

6.2.1 Caracterização dos juízes

Participaram do processo de validação de conteúdo do instrumento sete juízes que atenderam ao critério de elegibilidade e apresentaram pontuação mínima de cinco pontos, conforme os critérios adaptados do modelo Fehring, como mostra o quadro 10.

Quadro 10 - Pontuação dos juízes segundo critérios adaptados do modelo de Fehring. Aracaju (SE), 2015.

Juiz	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7
Pontuação	8	14	5	5	8	8	7

Verifica-se na tabela 3, que no painel de juízes, composto por um educador físico, três enfermeiros, um médico, um nutricionista e um psicólogo, houve predomínio do sexo feminino (71,4%), com idade superior a 50 anos (85,7%), tempo de formação maior que 30 anos (85,7%), e a maioria com tempo de experiência profissional em DM de dez a quinze anos (57,1%). Quanto à titulação, todos possuem doutorado, sendo que três têm livre docência e um pós-doutorado. Deve-se destacar a heterogeneidade nas cidades de residência, com vinculação a distintas instituições de ensino.

O perfil acadêmico dos juízes revela que todos possuem expertise no construto o qual o instrumento pretende mensurar, com realização de pesquisas (100%) e publicação de artigos em periódicos indexados (85,7%), realização de capacitações/especializações (85,7%) e prática clínica recente (85,7%) na área de DM. Apenas um deles possui dissertação de mestrado e tese de doutorado na temática.

Tabela 3 - Distribuição dos juízes segundo variáveis sociodemográficas e relacionadas à profissão. Aracaju (SE), 2015.

Variáveis	<i>F_a</i>	<i>F_r</i>	\bar{X}	σ
Sexo				
Feminino	5	71,4		
Masculino	2	28,6		
Idade (anos)				
40 – 50	1	14,3		
50 – 60	4	57,1	55,3	6,9
60 – 70	2	28,6		
Cidade em que trabalha				
Campina Grande/PB	1	14,3		
Fortaleza/CE	1	14,3		
Gold Coast/QLD: Austrália	1	14,3		
Maceió/AL	1	14,3		
Maringá/PR	1	14,3		
Ribeirão Preto/SP	2	28,6		
Formação Profissional				
Educador Físico	1	14,3		
Enfermeiro	3	42,9		
Médico	1	14,3		
Nutricionista	1	14,3		
Psicólogo	1	14,3		
Tempo de formação (anos)				
25 – 30	1	14,3		
30 – 35	4	57,1	31,7	6,1
35 – 45	2	28,6		
Maior Titulação				
Doutorado	3	42,9		
Livre docência	3	42,9		
Pós-doutorado	1	14,3		
Tempo de experiência profissional em Diabetes				
10 – 15	4	57,1		
15 – 20	1	14,3	18,4	7,0
20 – 25	1	14,3		
25 – 30	1	14,3		
Instituição em que trabalha				
Universidade Estadual da Paraíba	1	14,3		
Universidade Federal do Ceará	1	14,3		
Universidade Federal de Alagoas	1	14,3		
Universidade de São Paulo	2	28,6		
Universidade de Londrina	1	14,3		
Universidade de Viçosa	1	14,3		

Tabela 3 - Distribuição dos juízes segundo variáveis sociodemográficas e relacionadas à profissão. Aracaju (SE), 2015.

Dados acadêmicos		
Doutor com tese em DM	1	14,3
Mestre com dissertação em DM	1	14,3
Especialização/ capacitação em áreas afins do DM	6	85,7
Pesquisas publicadas sobre DM	7	100,0
Artigo publicado sobre DM em periódicos indexados	6	85,7
Prática clínica recente em DM	6	85,7

Legenda: *Fa* - frequência absoluta; *Fr* - frequência relativa; \bar{X} - média; σ - desvio padrão.

6.2.2 Validação de conteúdo dos itens

As seis dimensões do construto autocuidado de pacientes com DM2 foram desmembradas em 131 itens, sendo 26 da dimensão: A) *Buscar e garantir assistência multiprofissional*; 8 da dimensão: B) *Conhecer e considerar a doença e suas complicações*; 63 da dimensão: C) *Aderir ao tratamento prescrito*; 16 da dimensão: D) *Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento*; 10 da dimensão: E) *Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde*; e 8 da dimensão: F) *Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida*.

Os supracitados itens foram submetidos ao processo de validação de conteúdo, sendo o painel de itens e seus respectivos IVC apresentados nas tabelas 4 e 5. A tabela 4 mostra os IVC dos itens (IVCi), para o julgamento dos juízes quanto ao domínio ao qual pertence cada item (concordando ou não com o domínio definido pelos autores).

Para esse julgamento, 129 itens apresentaram IVCi excelentes ($IVCi \geq 0,78$) e todos os domínios exibiram uma média de IVCi ($IVCs \geq 0,90$). Apenas dois itens ficaram com $IVCi \leq 0,78$, o item 19 (domínio A) apresentou IVCi de 0,57 e o item 113 (domínio D), IVCi de 0,71. Quanto ao item 19, dois juízes sugeriram o domínio B e um juiz sugeriu o domínio E. Optou-se por manter o item (O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre sua saúde ou sobre os medicamentos que faz uso?) no domínio original, já que trata-se da ação do paciente de esclarecer suas dúvidas com os profissionais de saúde, coadunando com a busca da assistência. Porém o item foi alterado para melhorar o direcionamento ao autocuidado (O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre os cuidados necessários para o controle do seu diabetes *mellitus* nas consultas com médico, enfermeiro, nutricionista e/ou psicólogo?).

Na avaliação do item 113 (Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?), um juiz sugeriu o domínio C e outro o domínio E, entretanto, como o item refere-se a regulação do desconforto do tratamento, optou-se por mantê-lo no domínio original, considerando também que cinco juízes (IVCi de 0,71) concordaram com essa classificação. O teste binomial mostra que nenhum dos itens apresentou IVC significativamente diferente de 0,75 ($p > 0,05$).

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	IVCs : 0,92	
1.	O (a) Sr. (a) procura o serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	1,00	1,000
2.	O (a) Sr. (a) acha que a responsabilidade por procurar o serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> é sua?	0,86	0,867
3.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o médico?	1,00	1,000
4.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o nutricionista?	1,00	1,000
5.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o enfermeiro?	1,00	1,000
6.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o psicólogo?	1,00	1,000
7.	O (a) Sr. (a) acha que necessita participar de grupos de educação?	1,00	1,000
8.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	1,00	1,000
9.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o médico?	1,00	1,000
10.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o nutricionista?	1,00	1,000
11.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o enfermeiro?	1,00	1,000
12.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o psicólogo?	1,00	1,000
13.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir participar de grupos de educação?	1,00	1,000
14.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas médicas?	0,86	0,867
15.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o nutricionista?	0,86	0,867
16.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o enfermeiro?	0,86	0,867
17.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o psicólogo?	0,86	0,867
18.	O (a) Sr. (a) costuma faltar os encontros de grupos de educação?	0,86	0,867
19.	O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre sua saúde ou sobre os medicamentos que faz uso?	<u>0,57</u>	0,244
20.	O fator econômico dificulta a chegada do (a) Sr. (a) ao serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	1,00	1,000
21.	O (a) Sr. (a) necessita ser acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,867
22.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,867

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	IVCs : 0,92	
23.	O (a) Sr. (a) é acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,867
24.	O (a) Sr. (a) recebe ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,867
25.	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,867
26.	A falta de tempo compromete o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,867
B.	Conhecer e considerar a doença e suas complicações	IVCs : 0,96	
27.	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)?	1,00	1,000
28.	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes?	1,00	1,000
29.	Que complicações podem ocorrer por causa do diabetes?	0,86	0,867
30.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado?	1,00	1,000
31.	Quais os tratamentos que o (a) Sr. (a) conhece para controlar o diabetes?	0,86	0,867
32.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes?	1,00	1,000
33.	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações?	1,00	1,000
34.	O (a) Sr. (a) acha que aumentar o conhecimento sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?	1,00	1,000
C.	Aderir ao Tratamento	IVCs : 0,90	
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes		
35.	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?	1,00	1,000
36.	É descuidado (a) com o horário de tomada dos comprimidos para o diabetes?	1,00	1,000
37.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes por ter se sentido melhor?	1,00	1,000
38.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	1,00	1,000
39.	Toma um ou mais comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	1,00	1,000
40.	Interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?	1,00	1,000
41.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1,00	1,000

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina		
42.	O (a) Sr. (a) é quem aplica a insulina em si mesmo?	0,86	0,867
43.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina?	0,86	0,867
44.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa esquece de aplicar a insulina?	1,00	1,000
45.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa é descuidado (a) com o horário de aplicação da insulina?	1,00	1,000
46.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina por você ter se sentido melhor?	1,00	1,000
47.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina, por sua iniciativa, por você ter se sentido pior?	1,00	1,000
48.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa aplica uma ou mais unidades de insulina, por sua iniciativa, por você ter se sentido pior?	1,00	1,000
49.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	1,00	1,000
50.	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar a insulina?	1,00	1,000
51.	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?	0,86	0,867
52.	O (a) Sr. (a) poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina?	0,86	0,867
53.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina?	0,86	0,867
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar		
54.	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	0,86	0,867
55.	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	1,00	1,000
56.	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?	0,86	0,867
57.	Evita o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?	0,86	0,867
58.	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas?	0,86	0,867
59.	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar?	0,86	0,867
60.	Evita o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais?	0,86	0,867
61.	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?	0,86	0,867

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar		
62.	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?	0,86	0,867
63.	Evita alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.)?	0,86	0,867
64.	Evita alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguça, etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?	0,86	0,867
65.	Consome peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?	0,86	0,867
66.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?	0,86	0,867
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas		
67.	Pratica alguma atividade física específica, como caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação durante pelo menos 30 minutos?	0,86	0,867
68.	Pratica atividades de moderada intensidade (caminhada rápida, bicicleta lenta, dança aeróbica) ou atividades de alta intensidade (corrida, bicicleta rápida) ou uma combinação de ambos?	0,86	0,867
69.	Pratica atividades de fortalecimento muscular?	0,86	0,867
70.	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento?	0,86	0,867
71.	Leva algum cartão de identificação de diabético, contendo número de telefone, em caso de emergência e a relação dos medicamentos em uso?	0,86	0,867
72.	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em eventual hipoglicemia (suco adoçado, balas)?	0,86	0,867
73.	Alimenta-se antes da prática de atividades físicas?	0,86	0,867
74.	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura) para a prática de atividade física?	0,86	0,867
75.	Bebe líquidos a cada 30 minutos de atividade física?	0,86	0,867
76.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento das atividades físicas?	0,86	0,867
77.	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?	0,86	0,867
C.5	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia		
78.	Verifica o açúcar no sangue em sua casa?	0,86	0,867
79.	Verifica o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	0,86	0,867

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
C.5	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia		
80.	Registra os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	0,86	0,867
81.	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para registrar os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	0,86	0,867
82.	Apresenta dificuldade no manuseio do aparelho de glicemia capilar?	0,86	0,867
83.	Calibra o aparelho de glicemia capilar a cada novo lote de fitas?	0,86	0,867
84.	Verifica se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?	0,86	0,867
85.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como verifica o açúcar no sangue?	0,86	0,867
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés		
86.	Examina os seus pés?	0,86	0,867
87.	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?	0,86	0,867
88.	Anda calçado?	0,86	0,867
89.	Calça sapatos adequados, que não machucam, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas?	0,86	0,867
90.	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?	0,86	0,867
91.	Hidrata os pés com cremes?	0,86	0,867
92.	Examina os calçados antes de calçá-los para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?	0,86	0,867
93.	Procura ajuda de algum profissional para remoção de calos ou unhas encravadas?	0,86	0,867
94.	Verifica a temperatura da água antes de realizar banhos nos pés?	0,86	0,867
95.	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés?	0,86	0,867
96.	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)?	0,86	0,867
97.	Corta as unhas de forma quadrada, não deixando os cantos arredondados?	0,86	0,867
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	IVCs : 0,90	
98.	Quais os principais sintomas quando ocorre baixa de açúcar no sangue?	1,00	1,000
99.	O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue?	1,00	1,000
100.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue?	1,00	1,000

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	IVCs : 0,90	
101.	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue?	0,86	0,867
102.	O que pode causar o aumento do açúcar no sangue?	0,86	0,867
103.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue?	0,86	0,867
104.	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?	0,86	0,867
105.	Esse incômodo faz com que o (a) Sr. (a) não controle a alimentação?	0,86	0,867
106.	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar?	1,00	1,000
107.	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?	0,86	0,867
108.	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?	0,86	0,867
109.	Muda, por conta própria, o horário de tomada dos comprimidos por apresentar algum desconforto?	0,86	0,867
110.	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina?	1,00	1,000
111.	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?	0,86	0,867
112.	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?	0,86	0,867
113.	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?	<u>0,71</u>	0,555
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	IVCs : 0,93	
114.	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?	0,86	0,867
115.	Preocupa-se em seguir as recomendações para controlar o diabetes?	1,00	1,000
116.	Dedica tempo para cuidar da sua saúde?	0,86	0,867
117.	Aceita a condição de ter o diabetes?	1,00	1,000
118.	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?	1,00	1,000
119.	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho?	1,00	1,000
120.	Sente-se acolhido (a) pela equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?	0,86	0,867
121.	Reconhece a importância da equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?	0,86	0,867
122.	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?	1,00	1,000

Tabela 4 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto ao domínio dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência no Domínio IVCi	Teste Binomial (p)
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	IVCs : 0,93	
123.	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) prejudica o cumprimento do tratamento do diabetes?	0,86	0,867
F.	Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida	IVCs : 0,95	
124.	Está satisfeito (a) com a sua saúde?	0,86	0,867
125.	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?	1,00	1,000
126.	Reconhece que melhorou seu estilo de vida?	1,00	1,000
127.	Percebe melhoras na sua saúde?	1,00	1,000
128.	Percebe que o diabetes é um problema na sua vida?	0,86	0,867
129.	Sente que aprendeu a viver o diabetes?	1,00	1,000
130.	Acha que o diabetes afeta positivamente o seu estilo de vida?	1,00	1,000
131.	Sente-se mal em relação ao diabetes?	0,86	0,867

Legenda: IVCi - Índice de Validade de Conteúdo do item; IVCs - média de IVCi dos domínios; IVCi \leq 0,78.

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	IVCs:	0,59	0,40	0,99
1.	O (a) Sr. (a) procura o serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,14	1,00	1,000
2.	O (a) Sr. (a) acha que a responsabilidade por procurar o serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> é sua?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
3.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o médico?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
4.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o nutricionista?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
5.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o enfermeiro?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
6.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o psicólogo?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
7.	O (a) Sr. (a) acha que necessita participar de grupos de educação?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000
8.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
9.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o médico?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
10.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o nutricionista?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
11.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o enfermeiro?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
12.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o psicólogo?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
13.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir participar de grupos de educação?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000
14.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas médicas?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
15.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o nutricionista?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
16.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o enfermeiro?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
17.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o psicólogo?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
18.	O (a) Sr. (a) costuma faltar os encontros de grupos de educação?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000
19.	O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre sua saúde ou sobre os medicamentos que faz uso?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
20.	O fator econômico dificulta a chegada do (a) Sr. (a) ao serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada				
21.	O (a) Sr. (a) necessita ser acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
22.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
23.	O (a) Sr. (a) é acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,43</u>	0,43	0,86	0,867
24.	O (a) Sr. (a) recebe ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,43</u>	0,43	0,86	0,867
25.	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
26.	A falta de tempo compromete o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	0,14	1,00	1,000
B.	Conhecer e considerar a doença e suas complicações	IVCs:			
		0,77	0,23	1,00	
27.	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)?	0,86	0,14	1,00	1,000
28.	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes?	0,86	0,14	1,00	1,000
29.	Que complicações podem ocorrer por causa do diabetes?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
30.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado?	1,00	0,00	1,00	1,000
31.	Quais os tratamentos que o (a) Sr. (a) conhece para controlar o diabetes?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
32.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes?	0,86	0,14	1,00	1,000
33.	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
34.	O (a) Sr. (a) acha que aumentar o conhecimento sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
C.	Aderir ao Tratamento	IVCs:	0,76	0,22	0,98
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes				
35.	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?	0,86	0,14	1,00	1,000
36.	É descuidado (a) com o horário de tomada dos comprimidos para o diabetes?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
37.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes por ter se sentido melhor?	<u>0,71</u>	0,14	0,86	0,867
38.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	<u>0,57</u>	0,29	0,86	0,867
39.	Toma um ou mais comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	<u>0,43</u>	0,43	0,86	0,867
40.	Interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?	0,86	0,00	0,86	0,867
41.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	0,86	0,14	1,00	1,000
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina				
42.	O (a) Sr. (a) é quem aplica a insulina em si mesmo?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
43.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina?	0,86	0,14	1,00	1,000
44.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa esquece de aplicar a insulina?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
45.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa é descuidado (a) com o horário de aplicação da insulina?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
46.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina por você ter se sentido melhor?	<u>0,57</u>	0,29	0,86	0,867
47.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina, por sua iniciativa, por você ter se sentido pior?	<u>0,57</u>	0,29	0,86	0,867
48.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa aplica uma ou mais unidades de insulina, por sua iniciativa, por você ter se sentido pior?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina				
49.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
50.	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar a insulina?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
51.	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?	<u>0,71</u>	0,14	0,86	0,867
52.	O (a) Sr. (a) poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina?	0,86	0,14	1,00	1,000
53.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina?	0,86	0,14	1,00	1,000
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar				
54.	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	1,00	0,00	1,00	1,000
55.	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	1,00	0,00	1,00	1,000
56.	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
57.	Evita o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?	0,86	0,14	1,00	1,000
58.	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
59.	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar?	0,86	0,14	1,00	1,000
60.	Evita o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000
61.	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?	0,86	0,14	1,00	1,000
62.	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?	0,86	0,14	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar				
63.	Evita alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.)?	0,86	0,14	1,00	1,000
64.	Evita alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?	0,86	0,14	1,00	1,000
65.	Consome peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
66.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?	0,86	0,14	1,00	1,000
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas				
67.	Pratica alguma atividade física específica, como caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação durante pelo menos 30 minutos?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
68.	Pratica atividades de moderada intensidade (caminhada rápida, bicicleta lenta, dança aeróbica) ou atividades de alta intensidade (corrida, bicicleta rápida) ou uma combinação de ambos?	<u>0,57</u>	0,29	0,86	0,867
69.	Pratica atividades de fortalecimento muscular?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
70.	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
71.	Leva algum cartão de identificação de diabético, contendo número de telefone, em caso de emergência e a relação dos medicamentos em uso?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
72.	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em eventual hipoglicemia (suco adoçado, balas)?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
73.	Alimenta-se antes da prática de atividades físicas?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
74.	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura) para a prática de atividade física?	0,86	0,14	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas				
75.	Bebe líquidos a cada 30 minutos de atividade física?	0,86	0,00	0,86	0,867
76.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento das atividades físicas?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
77.	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?	0,86	0,14	1,00	1,000
C.5.	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia				
78.	Verifica o açúcar no sangue em sua casa?	0,86	0,14	1,00	1,000
79.	Verifica o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
80.	Registra os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
81.	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para registrar os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000
82.	Apresenta dificuldade no manuseio do aparelho de glicemia capilar?	<u>0,57</u>	0,43	1,00	1,000
83.	Calibra o aparelho de glicemia capilar a cada novo lote de fitas?	<u>0,57</u>	0,29	0,86	0,867
84.	Verifica se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?	<u>0,71</u>	0,14	0,86	0,867
85.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como verifica o açúcar no sangue?	0,86	0,14	1,00	1,000
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés				
86.	Examina os seus pés?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
87.	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?	0,86	0,14	1,00	1,000
88.	Anda calçado?	0,86	0,14	1,00	1,000
89.	Calça sapatos adequados, que não machucam, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas?	1,00	0,00	1,00	1,000
90.	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?	1,00	0,00	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés				
91.	Hidrata os pés com cremes?	0,86	0,14	1,00	1,000
92.	Examina os calçados antes de calçá-los para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?	0,86	0,14	1,00	1,000
93.	Procura ajuda de algum profissional para remoção de calos ou unhas encravadas?	0,86	0,14	1,00	1,000
94.	Verifica a temperatura da água antes de realizar banhos nos pés?	1,00	0,00	1,00	1,000
95.	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés?	1,00	0,00	1,00	1,000
96.	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)?	1,00	0,00	1,00	1,000
97.	Corta as unhas de forma quadrada, não deixando os cantos arredondados?	1,00	0,00	1,00	1,000
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	IVCs:			
		0,91	0,09	1,00	
98.	Quais os principais sintomas quando ocorre baixa de açúcar no sangue?	0,86	0,14	1,00	1,000
99.	O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue?	0,86	0,14	1,00	1,000
100.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue?	0,86	0,14	1,00	1,000
101.	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue?	1,00	0,00	1,00	1,000
102.	O que pode causar o aumento do açúcar no sangue?	1,00	0,00	1,00	1,000
103.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue?	0,86	0,14	1,00	1,000
104.	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?	1,00	0,00	1,00	1,000
105.	Esse incômodo faz com que o (a) Sr. (a) não controle a alimentação?	1,00	0,00	1,00	1,000
106.	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar?	0,86	0,14	1,00	1,000
107.	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?	1,00	0,00	1,00	1,000
108.	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?	1,00	0,00	1,00	1,000
109.	Muda, por conta própria, o horário de tomada dos comprimidos por apresentar algum desconforto?	0,86	0,14	1,00	1,000
110.	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina?	0,86	0,14	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES		Permanência do Item			
			Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
			IVCi	IVCi	IVCi	
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	IVCs:	0,91	0,09	1,00	
111.	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?		0,86	0,14	1,00	1,000
112.	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?		0,86	0,14	1,00	1,000
113.	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?		0,86	0,14	1,00	1,000
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	IVCs:	0,96	0,01	0,97	
114.	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?		1,00	0,00	1,00	1,000
115.	Preocupa-se em seguir as recomendações para controlar o diabetes?		1,00	0,00	1,00	1,000
116.	Dedica tempo para cuidar da sua saúde?		0,86	0,14	1,00	1,000
117.	Aceita a condição de ter o diabetes?		0,86	0,00	0,86	0,867
118.	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?		1,00	0,00	1,00	1,000
119.	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho?		1,00	0,00	1,00	1,000
120.	Sente-se acolhido (a) pela equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?		1,00	0,00	1,00	1,000
121.	Reconhece a importância da equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?		0,86	0,00	0,86	0,867
122.	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?		1,00	0,00	1,00	1,000
123.	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) prejudica o cumprimento do tratamento do diabetes?		1,00	0,00	1,00	1,000

Tabela 5 - Índice de Validade de Conteúdo (IVC) quanto a permanência dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	Permanência do Item			
		Manter sem alterações	Manter com alterações	Manter sem + com alterações	Teste Binomial (p)
		IVCi	IVCi	IVCi	
F.	Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida	0,73	0,23	0,96	
	IVCs:				
124.	Está satisfeito (a) com a sua saúde?	0,86	0,00	0,86	0,867
125.	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?	1,00	0,00	1,00	1,000
126.	Reconhece que melhorou seu estilo de vida?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
127.	Percebe melhoras na sua saúde?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
128.	Percebe que o diabetes é um problema na sua vida?	<u>0,57</u>	0,29	0,86	0,867
129.	Sente que aprendeu a viver o diabetes?	<u>0,43</u>	0,57	1,00	1,000
130.	Acha que o diabetes afeta positivamente o seu estilo de vida?	<u>0,71</u>	0,29	1,00	1,000
131.	Sente-se mal em relação ao diabetes?	0,86	0,14	1,00	1,000

Legenda: IVCi - Índice de Validade de Conteúdo do item; IVCs - média de IVCi dos domínios; IVCi \leq 0,78.

A tabela 5 mostra os IVC dos itens (IVCi) para o julgamento dos juízes quanto a permanência dos itens no instrumento. Todos os itens apresentaram IVCi excelentes ($IVCi \geq 0,78$), inclusive no domínio B e D, todos os itens exibiram IVCi de 1,00. No julgamento foram consideradas as repostas positivas '*manter sem alterações*' e '*manter com alterações*'. O conjunto de itens de cada domínio apresentou IVCs (média de IVCi) $\geq 0,90$, a saber domínio A (0,99), B (1,00), C (0,98), D (1,00), E (0,97) e F (0,96). O conjunto total de itens do instrumento ficou com IVCs de 0,98 evidenciando uma validade de conteúdo satisfatória pelo painel de juízes.

A avaliação dos juízes culminou com a indicação da permanência de todos os itens, porém 65 deles (49,62%) apresentaram IVCi inferiores a 0,78 quanto a permanência sem alterações, indicando a necessidade de reformulação. Considerando a distribuição por domínio dos itens que necessitam de reformulação, tivemos: A (24 itens), B (4 itens), C (32 itens) e F (5 itens). Destes todos sofreram alterações, conforme o quadro 5, exceto os itens 33, 56 e 72, uma vez que para esses itens, as sugestões dos juízes não foram consideradas coerentes com o objetivo do instrumento, além de apresentarem IVCi bom (0,71). O teste binomial mostra que nenhum dos itens apresentou IVC significativamente diferente de 0,75 ($p > 0,05$).

O quadro 11 expõe as alterações realizadas nos itens de acordo com as sugestões do painel de juízes, destacadas na cor vermelha. Foram produzidas modificações gramaticais, substituição de termos negativos e palavras difíceis para o entendimento do estrato mais baixo da população. Além disso, nos itens de conhecimento do domínio B, foram sugeridos acréscimos de outras opções de respostas, como nos itens 29 e 32.

Dentre as mudanças acatadas, destacaram-se as realizadas em quatro itens, a saber: itens 67, 68 e 73 do subdomínio *tratamento não medicamentoso - plano de atividades físicas* - no primeiro item foi incluído o questionamento quanto ao recebimento de orientação para a prática de atividade física por algum profissional de saúde; no segundo permaneceu o questionamento quanto a prática de alguma atividade física por pelo menos 30 minutos, excluindo a distinção entre atividades de moderada e alta intensidade com o objetivo de diminuir a complexidade do item; no último item foi incluído o questionamento da verificação da glicemia antes da prática de atividade física, sendo um autocuidado preconizado nas diretrizes da SBD (2015); e no item 86 do subdomínio *tratamento não medicamentoso - cuidado com os pés* - foram incluídas as características que devem ser observadas no autoexame diário dos pés (BRASIL, 2013b).

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	
1.	O (a) Sr. (a) procura o serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) procura o serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
2.	O (a) Sr. (a) acha que a responsabilidade por procurar o serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> é sua?	O (a) Sr. (a) acha que é sua a responsabilidade por procurar o serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
3.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o médico?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o médico para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
4.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o nutricionista?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o nutricionista para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
5.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o enfermeiro?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o enfermeiro para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
6.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o psicólogo?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o psicólogo para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
7.	O (a) Sr. (a) acha que necessita participar de grupos de educação?	O (a) Sr. (a) acha que necessita participar de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus ?
8.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?
9.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o médico?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o médico?
10.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o nutricionista?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o nutricionista?
11.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o enfermeiro?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o enfermeiro?
12.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir consultar-se com o psicólogo?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o psicólogo?
13.	O (a) Sr. (a) encontra dificuldade em conseguir participar de grupos de educação?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir participar de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus ?
14.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas médicas?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas médicas marcadas ?
15.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o nutricionista?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o nutricionista?

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	
16.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o enfermeiro?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o enfermeiro?
17.	O (a) Sr. (a) costuma faltar às consultas com o psicólogo?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o psicólogo?
18.	O (a) Sr. (a) costuma faltar os encontros de grupos de educação?	O (a) Sr. (a) costuma ir aos encontros marcados de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus?
19.	O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre sua saúde ou sobre os medicamentos que faz uso?	O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre os cuidados necessários para o controle do seu diabetes mellitus nas consultas (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo)?
20.	O fator econômico dificulta a chegada do (a) Sr. (a) ao serviço de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	A falta de recurso financeiro dificulta a chegada do (a) Sr. (a) ao serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
21.	O (a) Sr. (a) necessita ser acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
22.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) recebe ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
23.	O (a) Sr. (a) é acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) necessita ser acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
24.	O (a) Sr. (a) recebe ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) é acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
25.	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o atendimento de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
26.	A falta de tempo compromete o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	A falta de tempo compromete o atendimento de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
B.	Conhecer e considerar a doença e suas complicações	
27.	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)? (R: é o excesso de açúcar no sangue)	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)? (R: é o excesso de açúcar no sangue)
28.	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes? (R: histórico familiar de DM2, idade acima de 45 anos, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, deficiência na produção de insulina)	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes? (R: histórico familiar de DM2, idade acima de 45 anos, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, deficiência na produção de insulina)

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
B.	Conhecer e considerar a doença e suas complicações	
29.	Que complicações podem ocorrer por causa do diabetes? (R: perda de tato, perda de visão, aparecimento de feridas nos pés, problemas nos rins, problemas no coração)	Quais complicações podem ocorrer por causa do diabetes? (R: perda de tato, perda de visão, aparecimento de feridas nos pés, amputações dos pés problemas nos rins, problemas no coração)
30.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado? (R: exames de sangue - glicemia capilar, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada; exames de urina - para açúcar e para acetona)	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado? (R: exames de sangue - glicemia capilar, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada; exames de urina - para açúcar e para acetona)
31.	Quais os tratamentos que o (a) Sr. (a) conhece para controlar o diabetes? (R: comprimidos, insulina, controle da alimentação, prática de atividades físicas, controle do estresse)	Quais os tratamentos que o (a) Sr (a) conhece para melhorar o controle do diabetes? (R: comprimidos, insulina, controle da alimentação, prática de atividades físicas, controle do estresse)
32.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes? (R: fundo de olho, urina de 24 horas, exame clínico dos pés, exame cardiológico)	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes ? (R: fundo de olho, urina de 24 horas, exame clínico dos pés, exame cardiológico, exame de sangue - colesterol, triglicérides)
33.	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações?	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações ?
34.	O (a) Sr. (a) acha que aumentar o conhecimento sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?	O (a) Sr. (a) acha que saber mais sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?
C.	Aderir ao Tratamento	
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes	
35.	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?
36.	É descuidado (a) com o horário de tomada dos comprimidos para o diabetes?	Toma (a) os comprimidos para o diabetes na hora certa?
37.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes por ter se sentido melhor?	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria , por ter se sentido melhor?
38.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria , por ter se sentido pior?

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes	
39.	Toma um ou mais comprimidos para o diabetes, por sua iniciativa, por ter se sentido pior?	Toma um ou mais comprimidos para o diabetes, além dos que o médico indicou , por ter se sentido pior?
40.	Interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?	Interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?
41.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina	
42.	O (a) Sr. (a) é quem aplica a insulina em si mesmo?	O (a) Sr. (a) é quem aplica a insulina em si mesmo?
43.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina?	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina?
44.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa esquece de aplicar a insulina?	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa esquece de aplicar a insulina?
45.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa é descuidado (a) com o horário de aplicação da insulina?	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa aplica a insulina no horário indicado pelo médico ?
46.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina por você ter se sentido melhor?	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa deixa de aplicar a insulina, por conta própria , por você ter se sentido melhor?
47.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina, por sua iniciativa, por você ter se sentido pior?	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa deixa de aplicar a insulina, por conta própria , por você ter se sentido pior?
48.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa aplica uma ou mais unidades de insulina, por sua iniciativa, por você ter se sentido pior?	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa aplica uma ou mais unidades de insulina, por conta própria , por você ter se sentido pior?
49.	O (a) Sr. (a) ou essa pessoa deixa de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa deixa de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?
50.	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar a insulina?	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter acabado a insulina?
51.	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?
52.	O (a) Sr. (a) poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina? (R: barriga, face anterior e lateral das coxas, parte de trás dos braços, e parte superior lateral externa das nádegas)	O (a) Sr (a). poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina? (R: barriga, face anterior e lateral das coxas, parte de trás dos braços, e parte superior lateral externa das nádegas)

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina	
53.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina? (R: aspira a dose correta de insulina; escolhe a parte do corpo corretamente; faz a prega subcutânea; pega a seringa, segurando-a como um lápis; introduz a agulha na pele em ângulo de 90°; mantém a prega e aplica a injeção; realiza pressão suave no local por alguns segundos e descarta o material em recipiente próprio)	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina? (R: aspira a dose correta de insulina; escolhe a parte do corpo corretamente; faz a prega subcutânea; pega a seringa, segurando-a como um lápis; introduz a agulha na pele em ângulo de 90°; mantém a prega e aplica a injeção; realiza pressão suave no local por alguns segundos e descarta o material em recipiente próprio)
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar	
54.	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?
55.	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?
56.	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?
57.	Evita o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?	Consome alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?
58.	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas?	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar?
59.	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar?	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles têm açúcar?
60.	Evita o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais?	Consome mais de seis porções diárias de alimentos ricos em carboidratos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas?
61.	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?
62.	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?
63.	Evita alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.)?	Consome alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, <i>chips</i> , sopas e molhos prontos etc.)?

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar	
64.	Evita alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?	Consome alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, costela, asa de frango, linguiça; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?
65.	Consome peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?	Consome peixes, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?
66.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?	Procura orientação de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas	
67.	Pratica alguma atividade física específica, como caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação durante pelo menos 30 minutos?	Recebe orientação para a prática de atividade física de algum profissional de saúde (educador físico, médico, enfermeiro, nutricionista)?
68.	Pratica atividades de moderada intensidade (caminhada rápida, bicicleta lenta, dança aeróbica) ou atividades de alta intensidade (corrida, bicicleta rápida) ou uma combinação de ambos?	Pratica alguma atividade física (caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação) durante pelo menos 30 minutos?
C.4.1.	Caso o paciente realize alguma atividade física	
69.	Pratica atividades de fortalecimento muscular?	Pratica atividades de fortalecimento muscular (ex. musculação ou levantamento de pesos)?
70.	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento?	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento (ex. Pilates, Yoga, outros)?
71.	Leva algum cartão de identificação de diabético, contendo número de telefone, em caso de emergência e a relação dos medicamentos em uso?	Leva algum cartão que o identifique como pessoa com diabetes e que contenha número de telefone e a relação dos medicamentos que usa, para algum caso de emergência?
72.	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em eventual hipoglicemia (suco adoçado, balas)?	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em eventual hipoglicemia (suco adoçado, balas)?
73.	Alimenta-se antes da prática de atividades físicas?	Verifica a glicemia antes de começar a prática de atividades físicas e alimenta-se apenas se necessário?
74.	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura) para a prática de atividade física?	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura)?
75.	Bebe líquidos a cada 30 minutos de atividade física?	Bebe líquidos a cada 30 minutos?

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
C.4.1.	Caso o paciente realize alguma atividade física	
76.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento das atividades físicas?	Procura orientação de algum profissional para o acompanhamento da sua atividade física?
C.4.2.	Caso o paciente realize alguma atividade física e faça uso de insulina	
77.	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?
C.5	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia	
78.	Verifica o açúcar no sangue em sua casa?	Mede o açúcar no sangue em sua casa?
C.5.1.	Caso o paciente realize a monitorização domiciliar	
79.	Verifica o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	Mede o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?
80.	Registra os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	Anota os resultados após medir o açúcar no sangue?
81.	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para registrar os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para anotar os resultados após medir o açúcar no sangue?
82.	Apresenta dificuldade no manuseio do aparelho de glicemia capilar?	Apresenta dificuldade em usar o aparelho de glicemia capilar?
83.	Calibra o aparelho de glicemia capilar a cada novo lote de fitas?	Substitui o chip do aparelho de glicemia capilar quando troca o frasco de fitas?
84.	Verifica se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?	Confere se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?
85.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como verifica o açúcar no sangue? (R: Lava e seca as mãos; prepara o lancetador; introduz a tira teste no glicosímetro; verifica se o código do visor confere com o do frasco da tira teste; usa o lancetador para obter a amostra de sangue; aperta suavemente o dedo para facilitar o fluxo sanguíneo; encosta a gota de sangue na borda dianteira da tira teste; verifica o resultado no visor e registra; descarta a tira teste usada)	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como mede o açúcar no sangue? (R: Lava e seca as mãos; prepara o lancetador; introduz a tira teste no glicosímetro; verifica se o código do visor confere com o do frasco da tira teste; usa o lancetador para obter a amostra de sangue; aperta suavemente o dedo para facilitar o fluxo sanguíneo; encosta a gota de sangue na borda dianteira da tira teste; verifica o resultado no visor e registra; descarta a tira teste usada)

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés	
86.	Examina os seus pés?	Observa os seus pés a procura de alguma alteração, como mudança de cor, inchaço, dor, sensação de dormência/formigamento, rachaduras na pele?
87.	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?
88.	Anda calçado?	Anda descalço ?
89.	Calça sapatos adequados, que não machucam, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas?	Calça sapatos adequados, que não machucam, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas?
90.	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?
91.	Hidrata os pés com cremes?	Hidrata os pés com cremes, evitando colocar entre os dedos ?
92.	Examina os calçados antes de calçá-los para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?	Examina os calçados antes de calçá-los, para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?
93.	Procura ajuda de algum profissional para remoção de calos ou unhas encravadas?	Procura ajuda de algum profissional especializado para remoção de calos ou unhas encravadas?
94.	Verifica a temperatura da água antes de realizar banhos nos pés?	Confere a temperatura da água antes de realizar banhos nos pés?
95.	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés?	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés?
96.	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)?	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)?
97.	Corta as unhas de forma quadrada, não deixando os cantos arredondados?	Corta as unhas de forma quadrada, não deixando os cantos arredondados?
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	
98.	Quais os principais sintomas quando ocorre baixa de açúcar no sangue? (R: fraqueza, transpiração, visão turva, fome, palidez, nervosismo, irritabilidade, palpitação)	Quais os principais sintomas quando ocorre hipoglicemia (baixa de açúcar no sangue)? (R: fraqueza, transpiração, visão turva, fome, palidez, nervosismo, irritabilidade, palpitação)

Quadro 11- Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	
99.	O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue? (R: não ingestão de alimentos, prática de exercício físico sem se alimentar, presença de vômitos e diarreia, aplicar uma quantidade maior de insulina ou tomar mais medicamentos orais do que o prescrito, local inadequado da aplicação de insulina antes da prática de exercício físico)	O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue? (R: não ingestão de alimentos, prática de atividade física sem glicemia adequada , presença de vômitos e diarreia, aplicar uma quantidade maior de insulina ou tomar mais medicamentos orais do que o prescrito, local inadequado da aplicação de insulina antes da prática de atividade física)
100.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue? (R: comer um doce ou beber água açucarada ou um suco de frutas; ficar em repouso; realizar teste de açúcar no sangue)	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue? (R: comer um doce ou beber água açucarada ou um suco de frutas; ficar em repouso; realizar teste de açúcar no sangue)
101.	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue? (R: pele quente e seca, hálito com odor adocicado, sonolência, câimbras musculares, vômitos, sede e secura na boca, urina em excesso)	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue? (R: pele quente e seca, hálito com odor adocicado, sonolência, câimbras musculares, vômitos, sede e secura na boca, urina em excesso)
102.	O que pode causar o aumento do açúcar no sangue? (R: aplicar uma quantidade menor de insulina ou tomar menos medicamentos orais do que o prescrito, esquecer ou deixar de aplicar a insulina ou tomar os medicamentos orais, não realizar a dieta, situações de stress físico ou emocional e presença de infecção)	O que pode causar o aumento do açúcar no sangue? (R: aplicar uma quantidade menor de insulina ou tomar menos medicamentos orais do que o prescrito, esquecer ou deixar de aplicar a insulina ou tomar os medicamentos orais, não realizar a dieta, situações de stress físico ou emocional e presença de infecção)
103.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue? (R: procurar atendimento da equipe de saúde, ingerir líquidos sem açúcar, realizar teste de açúcar no sangue, aplicar insulina e/ou tomar os medicamentos orais conforme prescrição médica)	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue? (R: procurar atendimento da equipe de saúde, ingerir líquidos sem açúcar, realizar teste de açúcar no sangue, aplicar insulina e/ou tomar os medicamentos orais conforme prescrição médica)
104.	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?
105.	Esse incômodo faz com que o (a) Sr. (a) não controle a alimentação?	Esse incômodo faz com que o (a) Sr (a) não controle a alimentação?

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
D.1.	Caso o paciente faça uso de comprimidos para diabetes	
106.	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar? (R: enjoo, vômito, diarreia, dor de cabeça, tontura, falta de apetite, gases, dor de barriga, sensação de plenitude gástrica, perda de peso, reações cutâneas, coceira)	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar?(R: enjoo, vômito, diarreia, dor de cabeça, tontura, falta de apetite, gases, dor de barriga, sensação de estômago muito cheio , perda de peso, reações cutâneas, coceira)
107.	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?
108.	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?
109.	Muda, por conta própria, o horário de tomada dos comprimidos por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, o horário de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?
D.2.	Caso o paciente faça uso de insulina	
110.	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina? (R:hipoglicemia, dor/injeções diárias, ganho de peso, reações cutâneas locais, vergonha ou medo de tomar insulina)	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina? (R:hipoglicemia, dor/injeções diárias, ganho de peso, reações cutâneas locais, vergonha ou medo de tomar insulina)
111.	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?
112.	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?
113.	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	
114.	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?
115.	Preocupa-se em seguir as recomendações para controlar o diabetes?	Preocupa-se em seguir as recomendações para controlar o diabetes?
116.	Dedica tempo para cuidar da sua saúde?	Dedica tempo no seu dia-a-dia para cuidar da sua saúde?
117.	Aceita a condição de ter o diabetes?	Aceita a condição de ter o diabetes?
118.	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?
119.	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho?	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho?
120.	Sente-se acolhido (a) pela equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?	Sente-se acolhido (a) pela equipe de saúde que orienta o tratamento do seu diabetes?

Quadro 11 - Alterações realizadas nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após análise dos juízes. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS	ITENS APÓS ANÁLISE DOS JUÍZES
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	
121.	Reconhece a importância da equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?	Reconhece a importância da equipe de saúde que orienta o tratamento do seu diabetes?
122.	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?
123.	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) prejudica o cumprimento do tratamento do diabetes?	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) prejudica o cumprimento do tratamento do seu diabetes?
F.	Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida	
124.	Está satisfeito (a) com a sua saúde?	Está satisfeito (a) com a sua saúde?
125.	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?
126.	Reconhece que melhorou seu estilo de vida?	Acha que o tratamento do diabetes melhora o seu estilo de vida?
127.	Percebe melhoras na sua saúde?	Percebe melhoras no controle de sua diabetes?
128.	Percebe que o diabetes é um problema na sua vida?	Considera o diabetes como um problema na sua vida?
129.	Sente que aprendeu a viver o diabetes?	Sente que aprendeu a conviver com o diabetes?
130.	Acha que o diabetes afeta positivamente o seu estilo de vida?	Acha que o seu diabetes contribui para a melhora do seu estilo de vida?
131.	Sente-se mal em relação ao diabetes?	Sente-se mal por ter diabetes?

6.2.3 Avaliação dos critérios psicométricos dos itens

O painel de juízes também avaliou a adequação dos itens aos critérios psicométricos estabelecidos por Pasquali (2010) para que eles consigam, em conjunto, dar a resposta adequada ao instrumento do qual eles fazem parte. A Tabela 6 apresenta a validação de conteúdo dos itens quanto aos critérios de objetividade, clareza, precisão, tipicidade, simplicidade, relevância, modalidade e credibilidade. Os itens, de uma maneira geral, apresentaram uma avaliação satisfatória. Considerando como excelente o $IVCi \geq 0,78$, 65 itens (49,62%) apresentaram pelo menos um critério psicométrico com $IVCi$ inferior, no entanto foi considerado que em 55 desses, o menor $IVCi$ foi de 0,71, o que corresponde a anuência de cinco dos sete juízes do painel. Logo, apenas 10 itens exibiram pelo menos um critério com $IVCi \leq 0,59$, sendo nove com pelo menos um $IVCi$ de 0,57 (itens 18, 39, 63, 68, 69, 70, 83, 124 e 131) e o item 60 com a pior avaliação, apresentando dois critérios com $IVCi$ de 0,43.

Os itens foram alterados, conforme o Quadro 11, a partir das sugestões dos juízes com o objetivo de atender aos critérios psicométricos avaliados. Algumas alterações serão esclarecidas pois não foram explicitadas no quadro. Os itens 21 a 24 foram alterados de posição com o objetivo de atender uma sequência e melhorar o entendimento (O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares - recebe ajuda financeira de familiares - necessita ser acompanhado (a) por familiares - é acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes *mellitus*?), além disso, o manual de instruções do instrumento explica que para esses itens *conseguir atendimento de saúde* refere-se a marcar o atendimento e/ou chegar no serviço de saúde.

No item 60 (Evita o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais?), foi acrescentando a quantidade de porções diárias, a exemplo dos itens 61 e 62 (Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?/ Consome pelo menos três porções diárias de frutas?), utilizando as recomendações do Caderno de atenção básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes *mellitus* (BRASIL, 2013b), além disso, o termo *complexos* foi retirado e no manual de instruções, as porções dos alimentos foram exemplificadas para facilitar a explicação do item ao paciente (por exemplo, uma porção equivale a um pão francês ou duas fatias de pão de forma ou quatro colheres de sopa de arroz).

Os itens 61 e 62, tiveram uma melhor avaliação em relação ao 60, já que todos os critérios exibiram $IVCi \geq 0,78$, exceto o de simplicidade. Para adequação, as porções dos alimentos também foram exemplificadas no manual de instruções do instrumento.

Os itens 68, 69 e 70 também apresentaram $IVCi \leq 0,78$ para alguns critérios psicométricos, em especial o de clareza e precisão, com $IVCi$ de 0,57. O item 68 (Pratica atividades de moderada intensidade (caminhada rápida, bicicleta lenta, dança aeróbica) ou atividades de alta intensidade (corrida, bicicleta rápida) ou uma combinação de ambos?) foi condensado com o anterior, suprimindo a distinção de atividades físicas de moderada e alta intensidade, acatando a sugestão dos juízes de que essa diferenciação dificultaria o entendimento dos pacientes. Para os itens 69 e 70 (Pratica atividades de fortalecimento muscular? / Pratica atividades de flexibilidade / alongamento?), foram acrescentados os exemplos de atividades de fortalecimento muscular e flexibilidade/alongamento, conforme as recomendações das diretrizes da SBD (2015).

O item 83 (Calibra o aparelho de glicemia capilar a cada novo lote de fitas?) apresentou $IVCi \leq 0,78$ para todos os critérios psicométricos, exceto o de objetividade (0,86), sendo o de simplicidade igual a 0,57. Para adequação, o item foi modificado (Substitui o *chip* do aparelho de glicemia capilar quando troca o frasco de fitas?) considerando que a não realização dessa ação pode comprometer o resultado do exame. Alguns itens do instrumento apresentaram pelo menos um critério psicométrico com $IVCi$ de 0,71, todavia não foram alterados pois exibiram $IVCi$ de 0,86 ou 1,00 para o julgamento da *permanência sem alteração*, com consequente ausência de sugestões de modificações pelo painel de juízes. Nessa situação, encontram-se os seguintes itens: domínio A (26, 27 e 28), domínio C (35, 40, 54, 77 e 87), domínio D (103), domínio E (117, 121, 122, 123) e domínio F (124 e 131). Essa divergência pode ser resultante de dificuldades apresentadas pelos juízes quanto a avaliação por critérios psicométricos.

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada IVCs:	0,88	0,87	0,86	0,82	0,86	0,87	0,80	0,83
25.	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
26.	A falta de tempo compromete o atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
B.	Conhecer e considerar a doença e suas complicações IVCs:	0,89	0,91	0,82	0,84	0,80	0,93	0,82	0,84
27.	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)?	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	1,00	0,86	0,86
28.	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes?	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	1,00	0,86	0,86
29.	Que complicações podem ocorrer por causa do diabetes?	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	1,00	0,86	0,86
30.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	1,00	0,86	0,86
31.	Quais os tratamentos que o (a) Sr. (a) conhece para controlar o diabetes?	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>
32.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes?	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
33.	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86
34.	O (a) Sr. (a) acha que aumentar o conhecimento sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	0,86
C.	Aderir ao Tratamento IVCs:	0,95	0,89	0,89	0,82	0,80	0,84	0,81	0,83
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes								
35.	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?	<u>0,71</u>	0,86	1,00	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	0,86
36.	É descuidado (a) com o horário de tomada dos comprimidos para o diabetes?	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	0,86

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina								
50.	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar a insulina?	1,00	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
51.	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
52.	O (a) Sr. (a) poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
53.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar								
54.	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86
55.	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
56.	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	0,86
57.	Evita o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
58.	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar, em quantidades moderadas?	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86
59.	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles possuem açúcar?	1,00	0,86	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
60.	Evita o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos complexos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas, preferindo os integrais?	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,43*</u>	<u>0,57*</u>	<u>0,43*</u>	<u>0,86</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar								
61.	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86
62.	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86
63.	Evita alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, chips, sopas e molhos prontos etc.)?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,57*</u>
64.	Evita alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, maçã de peito, costela, asa de frango, linguiça, etc.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?	1,00	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
65.	Consome peixe, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?	0,86	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
66.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas								
67.	Pratica alguma atividade física específica, como caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação durante pelo menos 30 minutos?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
68.	Pratica atividades de moderada intensidade (caminhada rápida, bicicleta lenta, dança aeróbica) ou atividades de alta intensidade (corrida, bicicleta rápida) ou uma combinação de ambos?	0,86	<u>0,57*</u>	<u>0,57*</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
69.	Pratica atividades de fortalecimento muscular?	1,00	<u>0,57*</u>	<u>0,57*</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86
70.	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento?	1,00	<u>0,71</u>	<u>0,57*</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas								
72.	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em eventual hipoglicemia (suco adoçado, balas)?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
73.	Alimenta-se antes da prática de atividades físicas?	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
74.	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura) para a prática de atividade física?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
75.	Bebe líquidos a cada 30 minutos de atividade física?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
76.	Procura ajuda de algum profissional para o acompanhamento das atividades físicas?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
77.	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86
C.5.	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia								
78.	Verifica o açúcar no sangue em sua casa?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
79.	Verifica o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
80.	Registra os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
81.	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para registrar os resultados após a verificação do açúcar no sangue?	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>
82.	Apresenta dificuldade no manuseio do aparelho de glicemia capilar?	1,00	0,86	1,00	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86
83.	Calibra o aparelho de glicemia capilar a cada novo lote de fitas?	1,00	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,57*</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
84.	Verifica se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?	0,86	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
C.5.	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia								
85.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como verifica o açúcar no sangue?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés								
86.	Examina os seus pés?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
87.	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?	1,00	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86	0,86
88.	Anda calçado?	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
89.	Calça sapatos adequados, que não machucam, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
90.	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
91.	Hidrata os pés com cremes?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
92.	Examina os calçados antes de calçá-los para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
93.	Procura ajuda de algum profissional para remoção de calos ou unhas encravadas?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>
94.	Verifica a temperatura da água antes de realizar banhos nos pés?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
95.	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
96.	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento								
	IVCs:	0,98	0,97	0,96	0,85	0,85	0,85	0,85	0,86
98.	Quais os principais sintomas quando ocorre baixa de açúcar no sangue?	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
99.	O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue?	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,71	0,71	0,86
100.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
101.	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
102.	O que pode causar o aumento do açúcar no sangue?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
103.	O que o (a) Sr. (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue?	0,86	0,86	0,86	0,71	0,71	0,86	0,86	0,86
104.	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
105.	Esse incômodo faz com que o (a) Sr. (a) não controle a alimentação?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
106.	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
107.	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
108.	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
109.	Muda, por conta própria, o horário de tomada dos comprimidos por apresentar algum desconforto?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
110.	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
111.	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento IVCs:	0,98	0,97	0,96	0,85	0,85	0,85	0,85	0,86
112.	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
113.	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde IVCs:	0,96	0,99	0,96	0,80	0,84	0,84	0,83	0,81
114.	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
115.	Preocupa-se em seguir as recomendações para controlar o diabetes?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
116.	Dedica tempo para cuidar da sua saúde?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
117.	Aceita a condição de ter o diabetes?	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>
118.	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
119.	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
120.	Sente-se acolhido (a) pela equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
121.	Reconhece a importância da equipe de saúde que orienta o seu tratamento do diabetes?	1,00	1,00	1,00	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86
122.	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?	0,86	1,00	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>
123.	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) prejudica o cumprimento do tratamento do diabetes?	0,86	1,00	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>

Tabela 6 - Avaliação dos critérios psicométricos dos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	QUESTÕES	CRITÉRIOS PSICOMÉTRICOS AVALIADOS							
		Objetividade	Clareza	Precisão	Tipicidade	Simplicidade	Relevância	Modalidade	Credibilidade
		IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi	IVCi
F.	Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida								
	IVCs:	0,98	0,84	0,91	0,82	0,82	0,80	0,77	0,73
124.	Está satisfeito (a) com a sua saúde?	1,00	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,57*</u>	<u>0,57*</u>
125.	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?	1,00	1,00	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
126.	Reconhece que melhorou seu estilo de vida?	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>
127.	Percebe melhoras na sua saúde?	1,00	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86	<u>0,71</u>
128.	Percebe que o diabetes é um problema na sua vida?	1,00	0,86	1,00	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>
129.	Sente que aprendeu a viver o diabetes?	1,00	<u>0,71</u>	1,00	0,86	0,86	0,86	0,86	0,86
130.	Acha que o diabetes afeta positivamente o seu estilo de vida?	1,00	<u>0,71</u>	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	0,86	0,86
131.	Sente-se mal em relação ao diabetes?	0,86	0,86	0,86	<u>0,71</u>	<u>0,71</u>	0,86	<u>0,57*</u>	<u>0,57*</u>

Legenda: IVCi - Índice de Validade de Conteúdo do item; IVCs - média de IVCi dos domínios; IVCi \leq 0,78; * IVCi < 0,59

6.3 Análise semântica do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2

6.3.1 Caracterização dos pacientes

Entre os participantes do pré-teste, houve predomínio do sexo feminino (85,7%), residentes da capital do Estado (85,7%), que sabem ler e escrever (78,6%), porém a maioria com apenas cinco anos de estudo (57,1%). Metade dos sujeitos possui emprego e tem mais de 15 anos de diagnóstico do DM2. Observa-se equivalência em relação à idade e ao estado conjugal.

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes participantes do pré-teste, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju (SE), 2015. n=14

Variáveis	Grupo pré-teste			
	F_a	F_r	\bar{X}	σ
Sexo				
Feminino	12	85,7		
Masculino	2	14,3		
Idade (anos)				
30 - 40	1	7,1		
40 - 50	4	28,6	56	11,3
50 - 60	5	35,7		
60 -	4	28,6		
Cidade que reside				
Aracaju/SE	12	85,7		
Itaporanga D'Ajuda/SE	1	7,1		
N ^a . Sr. ^a do Socorro/SE	1	7,1		
Escolaridade				
Sabe ler/escrever	11	78,6		
Não sabe ler/escrever	3	21,4		
Tempo de estudo (anos)*				
0 - 5	8	57,1		
5 - 10	3	21,4	4,9	4,84
10 - 15	3	21,4		
Estado conjugal				
Com companheiro	8	57,1		
Sem companheiro	6	42,9		
Ocupação				
Empregado	7	50,0		
Desempregado	5	35,7		
Aposentado	2	14,3		
Estudante	0	0,0		

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes participantes do pré-teste, segundo variáveis sociodemográficas. Aracaju (SE), 2015. n=14

Variáveis	Grupo pré-teste			
	F_a	F_r	\bar{X}	σ
Tempo de diagnóstico (anos)				
0 - 5	2	14,3		
5 - 10	3	21,4		
10 - 15	2	14,3	16,6	11,5
15 - 20	4	28,6		
20 -	3	21,4		

Legenda: F_a - frequência absoluta; F_r - frequência relativa; \bar{X} - média; σ - desvio padrão.

*Nota: a classificação em anos de estudo foi obtida em função da série e do nível ou grau que a pessoa havia frequentado; a correspondência foi feita de forma que cada série concluída com aprovação correspondeu a 1 ano de estudo (IBGE, 2011).

6.3.2 Alterações do instrumento após o pré-teste

Os sujeitos afirmaram que não tiveram grandes dificuldades de compreensão dos itens, porém a pesquisadora destacou itens que, durante a aplicação, precisou repetir ao paciente ou explicar de uma outra maneira. Os pacientes com menos anos de estudo apresentaram dificuldade em um maior número de itens quando comparados aos de mais anos de estudo, corroborando com o princípio de que quando o estrato mais baixo (de habilidade) da população compreender os itens, o mesmo ocorrerá com os subsequentes (PASQUALI, 2010). Aqueles com até 5 anos de estudo mostraram, em média, dificuldade em 11 itens, com até 10 anos, em média, 5 itens e mais de 10 anos, em média 4 itens.

Do total de 131 itens, apenas 8 (2, 51, 60, 77, 79, 99, 102 e 105) foram destacados pela pesquisadora como pouco claros para mais de dois pacientes. No item 2 (O (a) Sr. (a) acha que é sua a responsabilidade por procurar o serviço de saúde para tratar o seu diabetes *mellitus*?), alguns pacientes tiveram dificuldade de compreensão do termo *responsabilidade*, sendo substituído por *deve* (O (a) Sr. (a) acha que deve por procurar o serviço de saúde para tratar o seu diabetes *mellitus*?). O item 51 (O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?) não foi alterado, porém foi explicado no manual de instruções como o profissional pode questionar a insegurança do paciente, citando por exemplo, a falta de conhecimento da técnica de aplicação e a confiança na qualidade do material utilizado. No julgamento dos critérios psicométricos, ambos os itens obtiveram excelentes IVCi para objetividade, clareza e simplicidade.

O item 60 (Consome mais de seis porções diárias de alimentos ricos em carboidratos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas?) também foi destaque haja vista a necessidade de explicação pormenorizada da distribuição das porções diárias de carboidratos ao longo das refeições. O mesmo ocorreu com os itens subsequentes (61 e 62) que tratam do consumo de verduras/legumes e frutas, porém com menor frequência. Para facilitar a aplicação, foram exemplificadas no manual de instruções as porções dos alimentos, no entanto deve-se considerar que na prática clínica e em equipes multiprofissionais, esses itens serão aplicados por profissional especializado (nutricionista). Os juízes anteciparam a dificuldade desse item quando o avaliou com baixos IVCi para os critérios de precisão, tipicidade e simplicidade.

A dificuldade do item 77 (Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?) foi sanada quando o paciente recebeu esclarecimento de como deveria ser o autocuidado em situação de aplicação de insulina antes da realização de atividade física, sendo explicado no manual de instruções como pode ser a abordagem do profissional (não deve injetá-la próximo a áreas de grandes grupamentos musculares que serão usados durante o exercício, por exemplo, não injetar insulina na coxa se pretende pedalar) (SBD, 2015). Na aplicação do item 79 (Mede o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?) alguns pacientes afirmaram que não haviam recebido recomendação de profissional de saúde quanto ao número de vezes para a monitorização domiciliar. Logo, essa possibilidade foi considerada e foi posto no manual de instruções que nessa situação o profissional deve assinalar a opção *não se aplica* (NSA), não aplicando o item para esses pacientes. Ambos os itens apresentam excelentes IVCi para os critérios psicométricos de acordo com o painel de juízes.

Os itens 99 (O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue?) e 102 (O que pode causar o aumento do açúcar no sangue?) necessitaram de explicação da pesquisadora, já que o termo *causar* para alguns pacientes associou-se as consequências da diminuição ou aumento do açúcar no sangue. O palavra foi substituída por *levar* (O que pode levar a diminuição do açúcar no sangue?/O que pode levar o aumento do açúcar no sangue?) nas aplicações subsequentes facilitando a compreensão dos pacientes. O item 105 (Esse incômodo faz com que o (a) Sr (a) não controle a alimentação?) também ficou confuso, sendo acrescentado o verbo impedir para melhorar o entendimento (Esse incômodo impede que o (a) Sr. (a) não controle a alimentação?). Além disso, o profissional terá a opção de assinalar NSA, caso o paciente tenha respondido no

item anterior (O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?) a opção *nunca*. Esses itens receberam avaliação satisfatória para os critérios psicométricos, com excelentes IVCi.

Além das alterações citadas, o Quadro 12 apresenta todas as modificações realizadas nos itens, destacadas na cor azul, para melhorar a compreensão dos pacientes após o pré-teste. Em alguns itens, foi acrescida a opção NSA, para o profissional assinalar quando os critérios definidos no manual de instruções do instrumento (APÊNDICE J) estiverem presentes.

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	
1.	O (a) Sr. (a) procura o serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) procura o serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
2.	O (a) Sr. (a) acha que é sua a responsabilidade por procurar o serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) acha que deve por procurar o serviço de saúde para tratar o seu diabetes <i>mellitus</i> ?
3.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o médico para manter o controle do seu diabetes mellitus ?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o médico para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
4.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o nutricionista para manter o controle do seu diabetes mellitus ?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o nutricionista para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
5.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o enfermeiro para manter o controle do seu diabetes mellitus ?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o enfermeiro para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
6.	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o psicólogo para manter o controle do seu diabetes mellitus ?	O (a) Sr. (a) acha que necessita consultar-se com o psicólogo para manter o controle do seu diabetes mellitus ?
7.	O (a) Sr. (a) acha que necessita participar de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus ?	O (a) Sr. (a) acha que necessita participar de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus ?
8.	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> ?
9.	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o médico?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o médico? () NSA
10.	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o nutricionista?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o nutricionista? () NSA
11.	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o enfermeiro?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o enfermeiro? () NSA
12.	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o psicólogo?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir consultar-se com o psicólogo? () NSA
13.	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir participar de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus ?	O (a) Sr. (a) tem dificuldade para conseguir participar de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus ? () NSA
14.	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas médicas marcadas ?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas médicas marcadas ? () NSA
15.	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o nutricionista?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o nutricionista? () NSA

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada	
16.	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o enfermeiro?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o enfermeiro? () NSA
17.	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o psicólogo?	O (a) Sr. (a) costuma ir às consultas marcadas com o psicólogo? () NSA
18.	O (a) Sr. (a) costuma ir aos encontros marcados de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus?	O (a) Sr. (a) costuma ir aos encontros marcados de grupos de orientação para você cuidar do seu diabetes mellitus? () NSA
19.	O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos sobre os cuidados necessários para o controle do seu diabetes mellitus nas consultas (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo)?	O (a) Sr. (a) pede esclarecimentos/ orientações sobre os cuidados necessários para o controle do seu diabetes mellitus nas consultas (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo)?
20.	A falta de recurso financeiro dificulta a chegada do (a) Sr. (a) ao serviço de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	A falta de recurso financeiro dificulta a chegada do (a) Sr. (a) ao serviço de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?
21.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda financeira de familiares/ amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?
22.	O (a) Sr. (a) recebe ajuda financeira de familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	O (a) Sr. (a) recebe ajuda financeira de familiares/ amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus? () NSA
23.	O (a) Sr. (a) necessita ser acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	O (a) Sr. (a) necessita ser acompanhado (a) por familiares/ amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?
24.	O (a) Sr. (a) é acompanhado (a) por familiares para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	O (a) Sr. (a) é acompanhado (a) por familiares/ amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus? () NSA
25.	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	A distância entre sua residência e o serviço de saúde dificulta o (a) Sr. (a) conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?
26.	A falta de tempo compromete o atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?	A falta de tempo dificulta o (a) Sr. (a) conseguir atendimento de saúde para tratar o seu diabetes mellitus?

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju-SE, 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
B.	Conhecer e considerar a doença e suas complicações	
27.	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)? (R: é o excesso de açúcar no sangue)	O que é o diabetes para o (a) Sr. (a)? (R: é o excesso de açúcar no sangue)
28.	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes? (R: histórico familiar de DM2, idade acima de 45 anos, obesidade e sobrepeso, sedentarismo, deficiência na produção de insulina)	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes? (R: histórico familiar de DM2, idade acima de 45 anos, obesidade e sobrepeso, estilo de vida - alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo/alcoolismo ; deficiência na produção de insulina)
29.	Quais complicações podem ocorrer por causa do diabetes? (R: perda de tato, perda de visão, aparecimento de feridas nos pés, amputações dos pés problemas nos rins, problemas no coração)	Quais complicações podem ocorrer por causa do diabetes? (R: perda de sensibilidade , perda de visão, aparecimento de feridas nos pés, amputações dos pés , problemas nos rins, problemas no coração, problemas circulatórios)
30.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado? (R: exames de sangue - glicemia capilar, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada; exames de urina - para açúcar e para acetona)	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar se o seu diabetes está controlado? (R: exames de sangue - glicemia capilar, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada; exames de urina - para açúcar e para acetona)
31.	Quais os tratamentos que o (a) Sr (a) conhece para melhorar o controle do diabetes? (R: comprimidos, insulina, controle da alimentação, prática de atividades físicas, controle do estresse)	Quais os tratamentos que o (a) Sr (a) conhece para melhorar o controle do diabetes? (R: medicação - comprimidos, insulina; controle da alimentação; prática de atividades físicas; cuidados especiais - pele, dentes, pés e controle do estresse)
32.	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes ? (R: fundo de olho, urina de 24 horas, exame clínico dos pés, exame cardiológico, exame de sangue - colesterol, triglicérides)	Quais os exames que o (a) Sr. (a) conhece para verificar as complicações causadas pelo diabetes ? (R: fundo de olho, urina de 24 horas, exame clínico dos pés, exame cardiológico, exame de sangue - colesterol, triglicérides)
33.	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações ?	O (a) Sr. (a) acha que controlar o diabetes é importante para evitar complicações ?
34.	O (a) Sr. (a) acha que saber mais sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?	O (a) Sr. (a) acha que saber mais sobre o diabetes facilitará o seu tratamento?
C.	Aderir ao Tratamento	
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes	() NSA
35.	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?	Esquece de tomar os comprimidos para o diabetes?
36.	Toma (a) os comprimidos para o diabetes na hora certa?	Toma (a) os comprimidos para o diabetes na hora certa?

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes	() NSA
37.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria , por ter se sentido melhor?	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria , por ter se sentido melhor?
38.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria , por ter se sentido pior?	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria , por ter se sentido pior?
39.	Toma um ou mais comprimidos para o diabetes, além dos que o médico indicou , por ter se sentido pior?	Toma um ou mais comprimidos para o diabetes, além dos que o médico indicou , por ter se sentido pior?
40.	Interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?	Interrompe o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos?
41.	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	Deixa de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina	() NSA
42.	O (a) Sr. (a) é quem aplica a insulina em si mesmo?	O (a) Sr. (a) é quem aplica a insulina em si mesmo?
43.	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina?	O (a) Sr. (a) necessita de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina?
44.	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa esquece de aplicar a insulina?	O (a) Sr. (a) (ou essa outra pessoa) esquece de aplicar a insulina?
45.	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa aplica a insulina no horário indicado pelo médico ?	O (a) Sr. (a) (ou essa outra pessoa) aplica a insulina no horário indicado pelo médico ?
46.	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa deixa de aplicar a insulina, por conta própria , por você ter se sentido melhor?	O (a) Sr. (a) (ou essa outra pessoa) deixa de aplicar a insulina, por conta própria , por você ter se sentido melhor?
47.	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa deixa de aplicar a insulina, por conta própria , por você ter se sentido pior?	O (a) Sr. (a) (ou essa outra pessoa) deixa de aplicar a insulina, por conta própria , por você ter se sentido pior?
48.	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa aplica uma ou mais unidades de insulina, por conta própria , por você ter se sentido pior?	O (a) Sr. (a) (ou essa outra pessoa) aplica uma ou mais unidades de insulina, por conta própria , por você ter se sentido pior?
49.	O (a) Sr. (a) ou essa outra pessoa deixa de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?	O (a) Sr. (a) (ou essa outra pessoa) deixa de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?
50.	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter acabado a insulina?	O (a) Sr. (a) interrompe o tratamento para o diabetes por ter acabado a insulina?
51.	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?	O (a) Sr. (a) se sente inseguro (a) durante a aplicação da insulina?

Quadro 12- Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju- (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
C.2.	Tratamento medicamentoso - Insulina	() NSA
52.	O (a) Sr (a). poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina? (R: barriga, face anterior e lateral das coxas, parte de trás dos braços, e parte superior lateral externa das nádegas)	O (a) Sr (a). poderia apontar no seu corpo os locais de aplicação de insulina? (R: barriga, face anterior e lateral das coxas, parte de trás dos braços, e parte superior lateral externa das nádegas)
53.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina? (R: aspira a dose correta de insulina; escolhe a parte do corpo corretamente; faz a prega subcutânea; pega a seringa, segurando-a como um lápis; introduz a agulha na pele em ângulo de 90°; mantém a prega e aplica a injeção; realiza pressão suave no local por alguns segundos e descarta o material em recipiente próprio)	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como aplica a insulina? (R: aspira a dose correta de insulina; escolhe a parte do corpo corretamente; faz a prega subcutânea; pega a seringa, segurando-a como um lápis; introduz a agulha na pele em ângulo de 90°; mantém a prega e aplica a injeção; realiza pressão suave no local por alguns segundos e descarta o material em recipiente próprio)
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar	
54.	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	Recebe orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?
55.	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)?	Segue a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista)? () NSA
56.	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?	Realiza 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar?
57.	Consome alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?	Consome alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas?
58.	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar?	Utiliza adoçante em substituição ao açúcar?
59.	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles têm açúcar?	Lê os rótulos dos alimentos para verificar se eles têm açúcar?
60.	Consome mais de seis porções diárias de alimentos ricos em carboidratos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas?	Consome mais de seis porções diárias de alimentos ricos em carboidratos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas?
61.	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?	Consome pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras?
62.	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?	Consome pelo menos três porções diárias de frutas?
63.	Consome alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, <i>chips</i> , sopas e molhos prontos etc.)?	Consome alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, <i>chips</i> , sopas e molhos prontos etc.)?

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju-(SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
C.3.	Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar	
64.	Consome alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, costela, asa de frango, linguiça.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?	Consome alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, costela, asa de frango, linguiça.; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga)?
65.	Consome peixes, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?	Consome peixes, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana?
66.	Procura orientação de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?	Procura orientação de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares?
C.4.	Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas* (Não aplicar quando houver contraindicação)	() NSA
67.	Recebe orientação para a prática de atividade física de algum profissional de saúde (educador físico, médico, enfermeiro, nutricionista)?	Recebe orientação para a prática de atividade física de algum profissional de saúde (educador físico, médico, enfermeiro, nutricionista)?
68.	Pratica alguma atividade física (caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação) durante pelo menos 30 minutos?	Pratica alguma atividade física (caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação) durante pelo menos 30 minutos?
C.4.1.	Caso o paciente realize alguma atividade física	() NSA
69.	Pratica atividades de fortalecimento muscular (ex. musculação ou levantamento de pesos)?	Pratica atividades de fortalecimento muscular (ex. musculação ou levantamento de pesos)?
70.	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento (ex. Pilates, Yoga, outros)?	Pratica atividades de flexibilidade / alongamento (ex. Pilates, Yoga, outros)?
71.	Leva algum cartão que o identifique como pessoa com diabetes e que contenha número de telefone e a relação dos medicamentos que usa, para algum caso de emergência?	Leva algum cartão que o (a) identifique como pessoa com diabetes e que contenha número de telefone e a relação dos medicamentos que usa, para algum caso de emergência?
72.	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em eventual hipoglicemia (suco adoçado, balas)?	Leva algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em caso de hipoglicemia (suco adoçado, balas)?
73.	Verifica a glicemia antes de começar a prática de atividades físicas e alimenta-se apenas se necessário?	Verifica a glicemia antes de começar a prática de atividades físicas e alimenta-se apenas se necessário?
74.	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura)?	Usa um calçado adequado (macio, confortável, sem costura)?
75.	Bebe líquidos a cada 30 minutos?	Bebe líquidos a cada 30 minutos?

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
C.4.1.	Caso o paciente realize alguma atividade física	() NSA
76.	Procura orientação de algum profissional para o acompanhamento da sua atividade física?	Procura orientação de algum profissional para o acompanhamento da sua atividade física?
C.4.2.	Caso o paciente realize alguma atividade física e faça uso de insulina	() NSA
77.	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?	Escolhe o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada?
C.5	Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia	
78.	Mede o açúcar no sangue em sua casa?	Mede o açúcar no sangue em sua casa?
C.5.1.	Caso o paciente realize a monitorização domiciliar	() NSA
79.	Mede o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro?	Mede o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro? () NSA
80.	Anota os resultados após medir o açúcar no sangue?	Anota os resultados após medir o açúcar no sangue?
81.	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para anotar os resultados após medir o açúcar no sangue?	Utiliza o mapa glicêmico ou formulário específico para anotar os resultados após medir o açúcar no sangue?
82.	Apresenta dificuldade em usar o aparelho de glicemia capilar?	Apresenta dificuldade em usar o aparelho de glicemia capilar?
83.	Substitui o chip do aparelho de glicemia capilar quando troca o frasco de fitas?	Substitui o chip do aparelho de glicemia capilar quando troca o frasco de fitas?
84.	Confere se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?	Confere se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos?
85.	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como mede o açúcar no sangue? (R: Lava e seca as mãos; prepara o lancetador; introduz a tira teste no glicosímetro; verifica se o código do visor confere com o do frasco da tira teste; usa o lancetador para obter a amostra de sangue; aperta suavemente o dedo para facilitar o fluxo sanguíneo; encosta a gota de sangue na borda dianteira da tira teste; verifica o resultado no visor e registra; descarta a tira teste usada)	O (a) Sr. (a) poderia demonstrar como mede o açúcar no sangue? (R: Higieniza as mãos ; prepara o lancetador; introduz a tira teste no glicosímetro; verifica se o código do visor confere com o do frasco da tira teste; usa o lancetador para obter a amostra de sangue; aperta suavemente o dedo para facilitar o fluxo sanguíneo; encosta a gota de sangue na borda dianteira da tira teste; verifica o resultado no visor e registra; descarta a tira teste usada)
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés	
86.	Observa os seus pés a procura de alguma alteração, como mudança de cor, inchaço, dor, sensação de dormência/formigamento, rachaduras na pele?	Observa os seus pés a procura de alguma alteração, como mudança de cor, inchaço, dor, sensação de dormência/formigamento, rachaduras na pele?
87.	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?	Seca os espaços entre os dedos depois de lavá-los?

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
C.6.	Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés	
88.	Anda descalço ?	Anda descalço , inclusive dentro de casa?
89.	Calça sapatos adequados, que não machucam, evitando pressão em áreas de apoio ou extremidades ósseas?	Calça sapatos adequados (espaçosos, protegidos, sem costura , que não machucam)?
90.	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?	Amacia os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente?
91.	Hidrata os pés com cremes, evitando colocar entre os dedos ?	Hidrata os pés com cremes, evitando colocar entre os dedos ?
92.	Examina os calçados antes de calçá-los, para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?	Examina os calçados antes de calçá-los, para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras?
93.	Procura ajuda de algum profissional especializado para remoção de calos ou unhas encravadas?	Procura ajuda de algum profissional especializado para remoção de calos ou unhas encravadas? () NSA
94.	Confere a temperatura da água antes de realizar banhos nos pés?	Confere a temperatura da água morna antes de realizar banhos nos pés? () NSA
95.	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés?	Procura um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés? () NSA
96.	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)?	Calça meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara)? () NSA
97.	Corta as unhas de forma quadrada, não deixando os cantos arredondados?	Corta as unhas de forma quadrada, não deixando os cantos levemente arredondados?
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	
98.	Quais os principais sintomas quando ocorre hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue)? (R: fraqueza, transpiração, visão turva, fome, palidez, nervosismo, irritabilidade, palpitação)	Quais os principais sintomas quando ocorre hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue)? (R: fraqueza, tontura, tremores , transpiração, calafrio , visão turva, fome, palidez, nervosismo, irritabilidade, palpitação, desmaio)
99.	O que pode causar a diminuição do açúcar no sangue? (R: não ingestão de alimentos, prática de atividade física sem glicemia adequada , presença de vômitos e diarreia, aplicar uma quantidade maior de insulina ou tomar mais medicamentos orais do que o prescrito, local inadequado da aplicação de insulina antes da prática de atividade física)	O que pode levar a diminuição do açúcar no sangue? (R: não ingestão de alimentos, prática de atividade física sem glicemia adequada , presença de vômitos e diarreia, aplicar uma quantidade maior de insulina ou tomar mais medicamentos orais do que o prescrito, local inadequado da aplicação de insulina antes da prática de atividade física)

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
D.	Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento	
100.	O que o (a) Sr . (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue? (R: comer um doce ou beber água açucarada ou um suco de frutas; ficar em repouso; realizar teste de açúcar no sangue)	O que o (a) Sr . (a) deve fazer quando apresentar diminuição do açúcar no sangue? (R: comer um doce ou beber água açucarada ou um suco de frutas; ficar em repouso; realizar teste de açúcar no sangue)
101.	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue? (R: pele quente e seca, hálito com odor adocicado, sonolência, câimbras musculares, vômitos, sede e secura na boca, urina em excesso)	Quais os principais sintomas quando há muito açúcar no sangue? (R: pele quente e seca, hálito com odor adocicado, sonolência, câimbras musculares, vômitos, sede e secura na boca, urina em excesso, aumento do apetite e cefaleia)
102.	O que pode causar o aumento do açúcar no sangue? (R: aplicar uma quantidade menor de insulina ou tomar menos medicamentos orais do que o prescrito, esquecer ou deixar de aplicar a insulina ou tomar os medicamentos orais, não realizar a dieta, situações de stress físico ou emocional e presença de infecção)	O que pode levar o aumento do açúcar no sangue? (R: aplicar uma quantidade menor de insulina ou tomar menos medicamentos orais do que o prescrito, esquecer ou deixar de aplicar a insulina ou tomar os medicamentos orais, não realizar a dieta, situações de stress físico ou emocional e presença de infecção)
103.	O que o (a) Sr . (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue? (R: procurar atendimento da equipe de saúde, ingerir líquidos sem açúcar, realizar teste de açúcar no sangue, aplicar insulina e/ou tomar os medicamentos orais conforme prescrição médica)	O que o (a) Sr . (a) deve fazer quando apresentar aumento do açúcar no sangue? (R: procurar atendimento da equipe de saúde, ingerir líquidos sem açúcar, realizar teste de açúcar no sangue, aplicar insulina e/ou tomar os medicamentos orais conforme prescrição médica)
104.	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?	O (a) Sr. (a) sente-se incomodado (a) por ter que controlar a alimentação?
105.	Esse incômodo faz com que o (a) Sr (a) não controle a alimentação?	Esse incômodo impede que o (a) Sr. (a) não controle a alimentação? () NSA
D.1.	Caso o paciente faça uso de comprimidos para diabetes	() NSA
106.	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar?(R: enjoo, vômito, diarreia, dor de cabeça, tontura, falta de apetite, gases, dor de barriga, sensação de estômago muito cheio , perda de peso, reações cutâneas, coceira)	Quais os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar?(R: enjoo, vômito, diarreia, dor de cabeça, tontura, falta de apetite, gases, dor de barriga, sensação de estômago muito cheio , perda de peso, reações cutâneas, coceira)
107.	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?	Deixa de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?
108.	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto?
109.	Muda, por conta própria, o horário de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, o horário de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto?

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
D.2.	Caso o paciente faça uso de insulina	() NSA
110.	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina? (R:hipoglicemia, dor/injeções diárias, ganho de peso, reações cutâneas locais, vergonha ou medo de tomar insulina)	Quais os desconfortos causados pela aplicação da insulina? (R:hipoglicemia, dor/injeções diárias, ganho de peso, reações cutâneas locais, vergonha ou medo de tomar insulina)
111.	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?	Deixa de aplicar insulina por apresentar algum desconforto?
112.	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto?
113.	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?	Muda, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto?
E.	Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde	
114.	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?	Tem vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes?
115.	Preocupa-se em seguir as recomendações para controlar o diabetes?	Preocupa-se em seguir as recomendações/ orientações para controlar o diabetes?
116.	Dedica tempo no seu dia-a-dia para cuidar da sua saúde?	Dedica tempo no seu dia-a-dia para cuidar da sua saúde?
117.	Aceita a condição de ter o diabetes?	Aceita que tem diabetes?
118.	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?	Tem interesse em aprender sobre o diabetes?
119.	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho?	Pede ajuda quando não é capaz de se cuidar sozinho (a) ?
120.	Sente-se acolhido (a) pela equipe de saúde que orienta o tratamento do seu diabetes?	Sente-se acolhido (a) / bem atendido (a) pela equipe de saúde que orienta o tratamento do seu diabetes?
121.	Reconhece a importância da equipe de saúde que orienta o tratamento do seu diabetes?	Acha que a equipe de saúde que orienta o tratamento do seu diabetes é importante ?
122.	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?	Apresenta algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes?
123.	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) prejudica o cumprimento do tratamento do seu diabetes?	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) dificulta o (a) Sr. (a) seguir o tratamento do seu diabetes? () NSA

Quadro 12 - Alterações realizados nos itens do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 após pré-teste. Aracaju (SE), 2015.

ITEM	ITENS APÓS AVALIAÇÃO DOS JUÍZES	ITENS APÓS PRÉ-TESTE
F.	Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida	
124.	Está satisfeito (a) com a sua saúde?	Está satisfeito (a) com a sua saúde?
125.	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?	Sente disposição/ânimo para cuidar da sua saúde?
126.	Acha que o tratamento do diabetes melhora o seu estilo de vida?	Acha que o tratamento do diabetes melhora o seu hábito/estilo de vida?
127.	Percebe melhoras no controle de sua diabetes?	Percebe que o seu diabetes está controlado?
128.	Considera o diabetes como um problema na sua vida?	Considera o diabetes como um problema na sua vida?
129.	Sente que aprendeu a conviver com o diabetes?	Acha que aprendeu a conviver com o diabetes?
130.	Acha que o seu diabetes contribui para a melhora do seu estilo de vida?	Acha que o seu diabetes contribui para a melhora do seu hábito/estilo de vida?
131.	Sente-se mal por ter diabetes?	Sente-se mal por ter diabetes?

Legenda: NSA = Não se aplica

6.4 Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2

A seguir apresenta-se a versão final do instrumento após as modificações.

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

A.	Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada						
ITENS			Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
1.	Procuro o serviço de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
2.	Acho que devo procurar o serviço de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
3.	Acho que necessito me consultar com o médico para manter o controle do meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
4.	Acho que necessito me consultar com o nutricionista para manter o controle do meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
5.	Acho que necessito me consultar com o enfermeiro para manter o controle do meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
6.	Acho que necessito me consultar com o psicólogo para manter o controle do meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
7.	Acho que necessito participar de grupos de orientação para cuidar do meu diabetes <i>mellitus</i> .		5	4	3	2	1
8.	Tenho dificuldade para conseguir atendimento de saúde para tratar o diabetes <i>mellitus</i> .		1	2	3	4	5
9.	Tenho dificuldade para conseguir me consultar com o médico.	<input type="checkbox"/> NSA	1	2	3	4	5
10.	Tenho dificuldade para conseguir me consultar com o nutricionista.	<input type="checkbox"/> NSA	1	2	3	4	5
11.	Tenho dificuldade para conseguir me consultar com o enfermeiro.	<input type="checkbox"/> NSA	1	2	3	4	5
12.	Tenho dificuldade para conseguir me consultar com o psicólogo.	<input type="checkbox"/> NSA	1	2	3	4	5

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

A.		Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada					
ITENS			Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
13.	Tenho dificuldade para conseguir participar de grupos de orientação para cuidar do meu diabetes <i>mellitus</i> .	<input type="checkbox"/> NSA	1	2	3	4	5
14.	Costumo ir às consultas marcadas com o médico.	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
15.	Costumo ir às consultas marcadas com o nutricionista.	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
16.	Costumo ir às consultas marcadas com o enfermeiro.	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
17.	Costumo ir às consultas marcadas com o psicólogo.	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
18.	Costumo ir aos encontros marcados de grupos de orientação para cuidar do meu diabetes <i>mellitus</i> .	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
19.	Peço esclarecimentos/orientações sobre os cuidados necessários para o controle do meu diabetes <i>mellitus</i> nas consultas (médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo).		5	4	3	2	1
20.	A falta de recurso financeiro dificulta a minha chegada no serviço de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .		1	2	3	4	5
21.	Necessito de ajuda financeira de familiares/amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .		1	2	3	4	5
22.	Recebo ajuda financeira de familiares/amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
23.	Necessito ser acompanhado (a) por familiares/amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .		1	2	3	4	5
24.	Sou acompanhado (a) por familiares/amigos/vizinhos para conseguir atendimento de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .	<input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

A.		Buscar e garantir assistência multiprofissional apropriada				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
25.	A distância entre minha residência e o serviço de saúde dificulta eu conseguir atendimento de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .	1	2	3	4	5
26.	A falta de tempo dificulta eu conseguir atendimento de saúde para tratar o meu diabetes <i>mellitus</i> .	1	2	3	4	5
Pontuação do domínio: _____ Total de itens aplicados: _____ Escore do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2) <input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório (escore 3) <input type="checkbox"/> Apoio-Educação (escore 4 ou 5)				
B.		Conhecer e considerar a doença e suas complicações				
ITENS		Não sabe responder	Responde de forma incompleta		Responde Corretamente	
27.	Considero que o diabetes é: (R: é o excesso de açúcar no sangue)	1	3		5	
ITENS		Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens
28.	O que pode levar a pessoa a ter o diabetes é: (R: histórico familiar de DM2, idade acima de 45 anos, obesidade e sobrepeso, estilo de vida - alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo/alcoolismo; deficiência na produção de insulina)	1	2	3	4	5
29.	As complicações que podem ocorrer por causa do diabetes são: (R: perda de sensibilidade, perda de visão, aparecimento de feridas nos pés, amputações dos pés, problemas nos rins, problemas no coração, problemas circulatórios)	1	2	3	4	5
30.	Os exames para verificar se o diabetes está controlado são: (R: exames de sangue - glicemia capilar, glicemia de jejum, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada; exames de urina - para açúcar e para acetona)	1	2	3	4	5

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

B.		Conhecer e considerar a doença e suas complicações				
ITENS		Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens
31.	Os tratamentos para melhorar o controle do diabetes são: (R: medicação - comprimidos, insulina; controle da alimentação; prática de atividades físicas; cuidados especiais - pele, dentes, pés e controle do estresse)	1	2	3	4	5
32.	Os exames para verificar as complicações causadas pelo diabetes são: (R: fundo de olho, urina de 24 horas, exame clínico dos pés, exame cardiológico, exame de sangue - colesterol, triglicérides)	1	2	3	4	5
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
33.	Acho que controlar o diabetes é importante para evitar complicações.	5	4	3	2	1
34.	Acho que saber mais sobre o diabetes facilitará o meu tratamento.	5	4	3	2	1
Pontuação do domínio: _____ Total de itens aplicados: _____ Escore do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2) <input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório (escore 3) <input type="checkbox"/> Apoio-Educação (escore 4 ou 5)				
C.		Aderir ao Tratamento				
C.1.	Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes					<input type="checkbox"/> NSA
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
35.	Esqueço de tomar os comprimidos para o diabetes.	1	2	3	4	5
36.	Tomo os comprimidos para o diabetes na hora certa.	5	4	3	2	1
37.	Deixo de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria, por ter me sentido melhor.	1	2	3	4	5
38.	Deixo de tomar os comprimidos para o diabetes, por conta própria, por ter me sentido pior.	1	2	3	4	5

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE).

C.1.		Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes					<input type="checkbox"/> NSA
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
39.	Tomo um ou mais comprimidos para o diabetes, além dos que o médico indicou, por ter me sentido pior.	1	2	3	4	5	
40.	Interrompo o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar os comprimidos.	1	2	3	4	5	
41.	Deixo de tomar os comprimidos para o diabetes, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico.	1	2	3	4	5	
C.2.		Tratamento medicamentoso - Insulina (caso o paciente faça uso de insulina)					<input type="checkbox"/> NSA
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
42.	Aplico a insulina em mim mesmo.	5	4	3	2	1	
43.	Necessito de ajuda de outra pessoa para aplicar a insulina.	1	2	3	4	5	
44.	Esqueço de aplicar a insulina.	1	2	3	4	5	
45.	Aplico a insulina no horário indicado pelo médico.	5	4	3	2	1	
46.	Deixo de aplicar a insulina, por conta própria, por ter me sentido melhor.	1	2	3	4	5	
47.	Deixo de aplicar a insulina, por conta própria, por ter me sentido pior.	1	2	3	4	5	
48.	Aplico uma ou mais unidades de insulina, por conta própria, por você ter me sentido pior.	1	2	3	4	5	
49.	Deixo de aplicar a insulina, por alguma outra razão que não seja a indicação do médico.	1	2	3	4	5	
50.	Interrompo o tratamento para o diabetes por ter deixado acabar a insulina.	1	2	3	4	5	
51.	Sinto-me inseguro (a) durante a aplicação da insulina.	1	2	3	4	5	
ITENS		Não sabe demonstrar	Demonstra 1 item	Demonstra 2 itens	Demonstra 3 itens	Demonstra > 3 itens	
52.	Os locais de aplicação de insulina são: (R: barriga, face anterior e lateral das coxas, parte de trás dos braços, e parte superior lateral externa das nádegas).	1	2	3	4	5	

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

C.2.		Tratamento medicamentoso - Insulina (caso o paciente faça uso de insulina)					<input type="checkbox"/> NSA
ITENS		Não sabe demonstrar	Demonstra 1 item	Demonstra 2 itens	Demonstra 3 itens	Demonstra > 3 itens	
53.	Para aplicar a insulina realizo os seguintes passos: (R: aspira a dose correta de insulina; escolhe a parte do corpo corretamente; faz a prega subcutânea; pega a seringa, segurando-a como um lápis; introduz a agulha na pele em ângulo de 90°; mantém a prega e aplica a injeção; realiza pressão suave no local por alguns segundos e descarta o material em recipiente próprio).	1	2	3	4	5	
C.3.		Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar					
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
54.	Recebo orientação alimentar de algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista).	5	4	3	2	1	
55.	Sigo a orientação alimentar dada por algum profissional de saúde (médico, enfermeiro, nutricionista). <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1	
56.	Realizo 5 a 6 refeições diárias.	5	4	3	2	1	
57.	Consumo alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, biscoitos recheados, sucos em pó e balas.	1	2	3	4	5	
58.	Utilizo adoçante em substituição ao açúcar.	5	4	3	2	1	
59.	Leio os rótulos dos alimentos para verificar se eles têm açúcar.	5	4	3	2	1	
60.	Consumo mais de seis porções diárias de alimentos ricos em carboidratos como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, angu, mandioca, cará, batata e farinhas.	1	2	3	4	5	
61.	Consumo pelo menos três porções diárias de legumes e/ou verduras.	5	4	3	2	1	
62.	Consumo pelo menos três porções diárias de frutas.	5	4	3	2	1	
63.	Consumo alimentos ricos em sal como embutidos (presunto, salame e salsicha), temperos prontos (caldos de carnes e de legumes) e alimentos industrializados (azeitonas, enlatados, <i>chips</i> , sopas e molhos prontos etc.).	1	2	3	4	5	
64.	Consumo alimentos ricos em gordura (frituras; carnes como pernil, picanha, costela, asa de frango, linguça; leite integral; queijos amarelos; salgados e manteiga).	1	2	3	4	5	

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

C.3.		Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
65.	Consumo peixes, assados e cozidos pelo menos, uma vez por semana.	5	4	3	2	1
66.	Procuo orientação de algum profissional para o acompanhamento na mudança de hábitos alimentares.	5	4	3	2	1
C.4.		Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas (Não aplicar se houver contraindicação)				
		<input type="checkbox"/> NSA				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
67.	Recebo orientação para a prática de atividade física de algum profissional de saúde (educador físico, médico, enfermeiro, nutricionista).	5	4	3	2	1
ITENS		6 a 7 dias/ sem	4 a 5 dias/sem	2 a 3 dias/sem	1 dia/sem	Nenhum dia
68.	Pratico alguma atividade física (caminhada, corrida, bicicleta, dança, natação) durante pelo menos 30 minutos.	5	4	3	2	1
69.	Pratico atividades de fortalecimento muscular (ex. musculação ou levantamento de pesos).	5	4	3	2	1
70.	Pratico atividades de flexibilidade / alongamento (ex. Pilates, Yoga, outros).	5	4	3	2	1
C.4.1.		Caso o paciente realize alguma atividade física				
		<input type="checkbox"/> NSA				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
71.	Levo algum cartão que me identifica como pessoa com diabetes e que contem número de telefone e a relação dos medicamentos que uso, para algum caso de emergência.	5	4	3	2	1
72.	Levo algum alimento que aumenta o açúcar no sangue rapidamente para ser utilizado em caso de hipoglicemia (suco adoçado, balas).	5	4	3	2	1
73.	Verifico a glicemia antes de começar a prática de atividades físicas.	5	4	3	2	1
74.	Uso um calçado adequado (macio, confortável, sem costura).	5	4	3	2	1
75.	Bebo líquidos a cada 30 minutos.	5	4	3	2	1
76.	Procuo orientação de algum profissional para o acompanhamento da minha atividade física.	5	4	3	2	1

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

C.4.2. Caso o paciente realize alguma atividade física e faça uso de insulina		<input type="checkbox"/> NSA				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
77.	Escolho o local de aplicação de insulina, conforme o tipo de atividade física a ser realizada.	5	4	3	2	1
C.5. Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia						
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
78.	Verifico o açúcar no sangue em minha casa.	5	4	3	2	1
C.5.1. Caso o paciente realize a monitorização domiciliar		<input type="checkbox"/> NSA				
ITENS	COM QUE FREQUÊNCIA...	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
79.	Verifico o açúcar no sangue o número de vezes recomendado pelo médico ou enfermeiro. <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
80.	Anoto os resultados após medir o açúcar no sangue.	5	4	3	2	1
81.	Utilizo o mapa glicêmico ou formulário específico para anotar os resultados após medir o açúcar no sangue.	5	4	3	2	1
82.	Apresento dificuldade em usar o aparelho de glicemia capilar.	1	2	3	4	5
83.	Substituo o <i>chip</i> do aparelho de glicemia capilar quando troca o frasco de fitas.	5	4	3	2	1
84.	Confiro se a data e o horário do aparelho de glicemia capilar estão corretos.	5	4	3	2	1
ITENS		Não sabe demonstrar	Demonstra 1 item	Demonstra 2 itens	Demonstra 3 itens	Demonstra > 3 itens
85.	Para medir o açúcar no sangue realizo os seguintes passos: (R: Higieniza as mãos; prepara o lancetador; introduz a tira teste no glicosímetro; verifica se o código do visor confere com o do frasco da tira teste; usa o lancetador para obter a amostra de sangue; aperta suavemente o dedo para facilitar o fluxo sanguíneo; encosta a gota de sangue na borda dianteira da tira teste; verifica o resultado no visor e registra; descarta a tira teste usada)	1	2	3	4	5

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

C.6.		Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
86.	Observo os meus pés a procura de alguma alteração, como mudança de cor, inchaço, dor, sensação de dormência/formigamento, rachaduras na pele.	5	4	3	2	1
87.	Seco os espaços entre os dedos depois de lavá-los.	5	4	3	2	1
88.	Ando descalço, inclusive dentro de casa.	1	2	3	4	5
89.	Calço sapatos adequados (espaçosos, protegidos, sem costura, que não machucam).	5	4	3	2	1
90.	Amacio os sapatos novos com uso por pequenos períodos de tempo antes de utilizá-los rotineiramente.	5	4	3	2	1
91.	Hidrato os pés com cremes, evitando colocar entre os dedos.	5	4	3	2	1
92.	Examino os calçados antes de calçá-los, para evitar traumas externos como, por exemplo, com animais e insetos, pregos, pedras.	5	4	3	2	1
93.	Procuo ajuda de algum profissional especializado para remoção de calos ou unhas encravadas. <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
94.	Confiro a temperatura da água morna antes de realizar banhos nos pés. <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
95.	Procuo um profissional de saúde ao perceber alterações nos pés. <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
96.	Calço meias adequadas (sem costura e sem elástico, de algodão e cor clara). <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1
97.	Corto as unhas de forma quadrada, deixando os cantos levemente arredondados.	5	4	3	2	1
Pontuação do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2)				
Total de itens aplicados: _____		<input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório (escore 3)				
Escore do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Apoio-Educação (escore 4 ou 5)				

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

D.		Conhecer e Considerar/Regular os desconfortos do tratamento				
ITENS		Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens
98.	Os sintomas quando ocorre hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue) são: (R: fraqueza, tontura, tremores, transpiração, calafrio, visão turva, fome, palidez, nervosismo, irritabilidade, palpitação, desmaio)	1	2	3	4	5
99.	O que pode levar a diminuição do açúcar no sangue é: (R: não ingestão de alimentos, prática de atividade física sem glicemia adequada, presença de vômitos e diarreia, aplicar uma quantidade maior de insulina ou tomar mais medicamentos orais do que o prescrito, local inadequado da aplicação de insulina antes da prática de atividade física)	1	2	3	4	5
100.	O que deve ser feito quando o (a) Sr. (a) apresentar diminuição do açúcar no sangue é: (R: comer um doce ou beber água açucarada ou um suco de frutas; ficar em repouso; realizar teste de açúcar no sangue)	1	2	3	4	5
101.	Os sintomas quando há muito açúcar no sangue são: (R: pele quente e seca, hálito com odor adocicado, sonolência, câimbras musculares, vômitos, sede e secura na boca, urina em excesso, aumento do apetite e cefaleia)	1	2	3	4	5
102.	O que pode levar o aumento do açúcar no sangue é: (R: aplicar uma quantidade menor de insulina ou tomar menos medicamentos orais do que o prescrito, esquecer ou deixar de aplicar a insulina ou tomar os medicamentos orais, não realizar a dieta, situações de stress físico ou emocional e presença de infecção)	1	2	3	4	5
103.	O que deve ser feito quando o (a) Sr. (a) apresentar aumento do açúcar no sangue é: (R: procurar atendimento da equipe de saúde, ingerir líquidos sem açúcar, realizar teste de açúcar no sangue, aplicar insulina e/ou tomar os medicamentos orais conforme prescrição médica)	1	2	3	4	5
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
104.	Sinto-me incomodado (a) por ter que controlar a alimentação.	5	4	3	2	1
105.	Esse incômodo impede que eu controle a alimentação. <input type="checkbox"/> NSA	5	4	3	2	1

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

D.1.		Caso o paciente faça uso de comprimidos para diabetes					<input type="checkbox"/> NSA
ITENS		Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens	
106.	Os desconfortos que os comprimidos para o diabetes podem causar são: (R: enjoo, vômito, diarreia, dor de cabeça, tontura, falta de apetite, gases, dor de barriga, sensação de estômago muito cheio, perda de peso, reações cutâneas, coceira)	1	2	3	4	5	
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
107.	Deixo de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto.	1	2	3	4	5	
108.	Mudo, por conta própria, a quantidade de comprimidos por apresentar algum desconforto.	1	2	3	4	5	
109.	Mudo, por conta própria, o horário de tomar os comprimidos por apresentar algum desconforto.	1	2	3	4	5	
D.2.		Caso o paciente faça uso de insulina					<input type="checkbox"/> NSA
ITENS		Não sabe	Responde 1 item	Responde 2 itens	Responde 3 itens	Responde > 3 itens	
110.	Os desconfortos causados pela aplicação da insulina são: (R: hipoglicemia, dor/injeções diárias, ganho de peso, reações cutâneas locais, vergonha ou medo de tomar insulina)	1	2	3	4	5	
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca	
111.	Deixo de aplicar insulina por apresentar algum desconforto.	1	2	3	4	5	
112.	Mudo, por conta própria, a quantidade de unidades de insulina por apresentar algum desconforto.	1	2	3	4	5	
113.	Mudo, por conta própria, o horário de aplicação da insulina por apresentar algum desconforto.	1	2	3	4	5	
<div> <div> Pontuação do domínio: _____ Total de itens aplicados: _____ Escore do domínio: _____ </div> <div> <input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2) <input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório (escore 3) <input type="checkbox"/> Apoio-Educação (escore 4 ou 5) </div> </div>							

Quadro 13 - Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

E.		Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
114.	Tenho vontade de fazer as coisas que ajudam a controlar o diabetes.	5	4	3	2	1
115.	Preocupo-me em seguir as recomendações/orientações para controlar o diabetes.	5	4	3	2	1
116.	Dedico tempo no meu dia-a-dia para cuidar da minha saúde.	5	4	3	2	1
117.	Aceito que tenho diabetes.	5	4	3	2	1
118.	Tenho interesse em aprender sobre o diabetes.	5	4	3	2	1
119.	Peço ajuda quando não sou capaz de me cuidar sozinho (a).	5	4	3	2	1
120.	Sinto-me acolhido (a) / bem atendido (a) pela equipe de saúde que orienta o tratamento do meu diabetes.	5	4	3	2	1
121.	Acho que a equipe de saúde que orienta o tratamento do meu diabetes é importante.	5	4	3	2	1
122.	Apresento algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) por ter o diabetes.	1	2	3	4	5
123.	A presença de algum sentimento negativo (tristeza, insegurança, medo, raiva, revolta, culpa, constrangimento) dificulta eu seguir o tratamento do meu diabetes. <input type="checkbox"/> NSA	1	2	3	4	5
Pontuação do domínio: _____ Total de itens aplicados: _____ Escore do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2) <input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório (escore 3) <input type="checkbox"/> Apoio-Educação (escore 4 ou 5)				

Quadro 13- Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2. Aracaju (SE), 2015.

F.		Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida				
ITENS		Sempre	Quase sempre	Às vezes	Quase nunca	Nunca
124.	Estou satisfeito (a) com a minha saúde.	5	4	3	2	1
125.	Sinto disposição/ânimo para cuidar da minha saúde.	5	4	3	2	1
126.	Acho que o tratamento do diabetes melhora o meu hábito/estilo de vida.	5	4	3	2	1
127.	Percebo que o meu diabetes está controlado.	5	4	3	2	1
128.	Considero o diabetes como um problema na minha vida.	1	2	3	4	5
129.	Acho que aprendi a conviver com o diabetes.	5	4	3	2	1
130.	Acho que o meu diabetes contribui para a melhora do meu hábito/estilo de vida.	5	4	3	2	1
131.	Sinto-me mal por ter diabetes.	1	2	3	4	5
Pontuação do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Totalmente Compensatório (escore 1 ou 2)				
Total de itens aplicados: _____		<input type="checkbox"/> Parcialmente Compensatório (escore 3)				
Escore do domínio: _____		<input type="checkbox"/> Apoio-Educação (escore 4 ou 5)				

Legenda: NSA - Não se aplica;

Na última versão do instrumento, todos os itens foram reformulados, mediante a substituição de itens interrogativos por afirmativos, conforme sugestão proposta pela banca examinadora, visando atender ao critério de que os itens devem expressar um comportamento, permitindo uma ação clara e precisa, e não uma abstração.

Para o cálculo da pontuação foi utilizada uma escala de *Likert* com cinco pontos, variando de 1 a 5, onde 1 representa a pior pontuação (pior autocuidado) e 5 representa a melhor pontuação (melhor autocuidado). O profissional marcará a pontuação de acordo com a resposta do paciente. Para as escalas de frequência, as opções são: *nunca*, *quase nunca*, *às vezes*, *quase sempre* e *sempre*; e para as escalas de conhecimento, a marcação será de acordo com a quantidade de itens respondidos. Ao final de cada domínio, a pontuação deverá ser somada e dividida pelo número de itens aplicados, resultando em um escore parcial. Os itens que o profissional assinalar NSA (*Não se aplica*) não devem ser contabilizados para o cálculo do escore.

O escore parcial de cada requisito de autocuidado resultará na classificação em um dos Sistemas de Enfermagem, segundo o modelo teórico de Orem: *Totalmente Compensatório* (escore 1 ou 2) – paciente é incapaz de engajar-se nas ações de autocuidado terapêutico; *Parcialmente Compensatório* (escore 3) – paciente é capaz de aprender, porém necessita do profissional e/ou familiar para desempenhar as ações de autocuidado e *Apoio-Educação* (escore 4 ou 5) – paciente é capaz de aprender e desempenhar sozinho as ações de autocuidado terapêutico.

Desta feita torna-se imprescindível salientar que foi elaborado um manual para a aplicação do Instrumento de Avaliação do Autocuidado de Pacientes com DM2 (APÊNDICE J), contendo as instruções que devem estar disponíveis para os profissionais de saúde nesse momento do procedimento. Além disso, devido à extensão (quantitativo de itens), a utilização desse instrumento por equipes multiprofissionais em serviços de saúde, deve considerar a possibilidade de aplicação isolada dos domínios, de acordo com as respectivas especialidades. Por exemplo, o nutricionista aplica o domínio C - plano alimentar, o médico aplica o domínio C - tratamento medicamento, o enfermeiro aplica o domínio B - conhecimento da doença e complicações e domínio D - conhecimento dos desconfortos do tratamento, o psicólogo aplica o domínio E - aceitação da doença e F - aprender a viver com os efeitos das medidas de tratamento.

7. CONCLUSÕES

Os requisitos de autocuidado no desvio da saúde definidos por Orem foram contemplados nas dimensões teóricas desse instrumento proposto neste estudo. Essas dimensões direcionaram as discussões dos grupos focais, realizados com profissionais experientes no manejo de pacientes com DM2, bem como com os próprios pacientes, assim como a revisão da literatura para a construção dos itens do instrumento.

A percepção dos participantes dos grupos focais contribuiu para a definição e delimitação do construto *autocuidado de pacientes com DM2*, com a representação de 14 categorias empíricas fornecendo subsídios para a elaboração dos itens de cada domínio do INAAP-DM2. A composição final englobou 131 itens, elaborados conforme os critérios psicométricos de Pasquali (2010), e distribuídos nos seis domínios, a saber: A (26 itens), B (8 itens), C (63 itens), D (16 itens), E (10 itens) e F (8 itens).

O processo de validação de conteúdo ocorreu por meio de um painel composto por sete juízes, com expertise em diabetes *mellitus*, prevalência total de doutores, sendo três com livre docência e um com pós-doutorado. Os resultados desta validação apontaram para uma validade de conteúdo satisfatória.

No julgamento dos critérios psicométricos (objetividade, clareza, precisão, tipicidade, simplicidade, relevância, modalidade e credibilidade), assevera-se que, de maneira geral, a avaliação também foi satisfatória. Entretanto, foram necessárias adequações de alguns itens, em concordância com abordagens sugeridas pelos juízes.

Na análise semântica, realizada na fase do pré-teste com a participação de 14 pacientes com DM2, apenas oito itens foram destacados como incompreensíveis para mais de dois pacientes, sendo que os mesmos foram modificados visando melhorar a clareza e o entendimento pela população-alvo.

Por conseguinte, conclui-se que através da realização deste estudo, foi possível construir e validar um instrumento para avaliar o autocuidado do paciente com diabetes *mellitus* tipo 2, Instrumento de Avaliação do Autocuidado dos Pacientes com DM2 (INAAP-DM2), tendo como fundamentação teórica e metodológica, expressivos autores de referência nesta temática.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de construção e validação desse instrumento demanda continuidade do estudo com a realização dos procedimentos experimentais e analíticos postulados pelo modelo psicométrico de Pasquali (2010), isto é, para que o INAAP-DM2 seja utilizado na prática clínica ou em pesquisas por profissionais de saúde, necessita-se avaliar sua validade e confiabilidade. Isto posto, antes de prosseguir com o estudo, pretende-se submeter os itens alterados a uma nova avaliação dos juízes.

A escolha do modelo conceitual do Autocuidado de Orem (2001) para o embasamento teórico do INAAP-DM2, possibilitou que os distintos fatores envolvidos na demanda terapêutica dos pacientes com DM2 fossem considerados, inclusive as barreiras e dificuldades. As falas dos participantes dos grupos focais, que culminaram com as categorias empíricas, propiciaram diferentes entendimentos acerca do enfrentamento da doença pelos pacientes, explicitando como as dificuldades para a realização do autocuidado podem ser reconhecidas e trabalhadas na prática clínica, por meio da educação em saúde. Conhecer suas possibilidades, limites e medos, faz com que as pessoas com DM2 tenham mais autonomia nas decisões do tratamento, favorecendo a construção de maneiras de lidar com sua doença pela prática de autocuidado.

O desenvolvimento de uma tecnologia embasada em um modelo teórico de enfermagem explicita o quanto a ciência Enfermagem tem a contribuir para com a saúde pública, bem como, torna-a acessível a outras ciências. Além disso, o INAAP-DM2 considera os conceitos de multidimensionalidade e de integralidade da assistência, facilitando o manejo de pacientes com DM2, à medida que permitirá a detecção do cumprimento dos requisitos de autocuidado e de estratégias que auxiliem o gerenciamento da doença pelo paciente.

O conhecimento produzido com esse estudo poderá instrumentalizar equipes multiprofissionais no desenvolvimento de um modelo de atenção integral aos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, impactando, especialmente, no planejamento da assistência de enfermagem, com base nos pressupostos teóricos de Orem para os requisitos de autocuidado.

Na realização deste estudo, foram encontradas algumas dificuldades, dentre as quais, destacaram-se: o número de juízes que aceitaram participar da pesquisa, visto que dos vinte juízes convidados, apenas sete integraram o painel, e o tempo de retorno das avaliações, com necessidade de estender o prazo inicialmente acordado, que foi de 30 dias.

REFERÊNCIAS

ALLISON, S. E. Self-Care Requirements for Activity and Rest: An Orem Nursing Focus. **Nursing Science Quarterly**, v.20, n.1, p.68-76, 2007.

ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.7, p.3061-68, 2011.

AMERICAN ASSOCIATION OF DIABETES EDUCATORS (AADE). Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training. Chicago: AADE, 2011.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**, v.38, n.1, 2015.

BAHIA, L. R. *et al.* The costs of type 2 Diabetes Mellitus outpatient care in the Brazilian. Public Health System. **Value in Health**, Lawrenceville, v.14, n.5, p.137-140, 2011.

BAQUEDANO, I. R. *et. al.* Fatores relacionados ao autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em Serviço de Urgência no México. **Rev Esc Enferm USP**, v.44, n.4, p.1017-23, 2010.

BARCELÓ, A.; RAJPATHAK, S. Indice and prevalence of diabetes mellitus in the Americas. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan. Am. J. Public Health**, v.10, n.5, p.300-8, 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006. p.281.

BOOTH, A. O. *et al.* Diet and physical activity in the self-management of type 2 diabetes: barriers and facilitators identified by patients and health professionals. **Prim Health Care Res Dev.**, v.14, n.3, p.293-306, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de apoio para grupos de autocuidado em hanseníase**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Vigitel Brasil 2013:** vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014b.

BUB, M. B. C. *et al.* A noção de cuidador de si mesmo e o conceito de autocuidado na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.15, p.152-7, 2006.

CARO-BAUTISTA, J.; MARTÍN-SANTOS, F. J.; MORALES-ASENCIO, J. M. Systematic review of the psychometric properties and theoretical grounding of instruments evaluating self-care in people with type 2 diabetes mellitus. **J Adv Nurs.**, v.70, n.6, p.1209-27, 2014.

CHAGAS, I. A. *et al.* Conhecimento de pacientes com diabetes sobre tratamento após cinco anos do término de um programa educativo. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.5, p.1141-6, 2013.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; ALEXANDRE, N. M. C. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v.13, n.2, p. 331-7, Abr-jun, 2011. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a20.htm>. Acesso em: 01/01/2014.

DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **R. gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, 1999.

DAMASCENO, M. M. C. *et al.* Therapeutic communication between health workers and patients concerning diabetes mellitus care. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v.20, n.4, [8 telas], 2012.

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicol Saúde Doenças**, v.2, n.2, p.81-100, 2001.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL (DCCT) RESEARCH GROUP. The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. **N Engl J Med**, v.329, p.977-986, 1993.

EVERS, G. C. *et al.* Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of in the self-care agency A.S.A.-scale. **Int J Nurs Stud.**, v.30, n.4, p.331-42, 1993.

FARIA, H. T. G. *et al.* .Qualidade de vida de pacientes com diabetes mellitus antes e após participação em programa educativo. **Rev Esc Enferm USP** [Internet], v.47, n.2, p.348-54, 2013.

FEHRING, R. Methods to validate nursing diagnoses. **Heart&Lung**, v.16, n.6, p.625-9, 1987.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem:** os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p.88.

FUNNELL, M. M., *et al.* National Standards for Diabetes Self- Management Education. **Diabetes Care**, v.35, n.1, p.101-08, 2012.

GASTAL, D. A.; PINHEIRO, R. T.; VAZQUEZ, D. P. Self-efficacy scale for Brazilians with type 1 diabetes. **São Paulo Med J.**, v.125, n.2, p.96-101, 2007.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al. Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20, n.1, [08 telas], 2012.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C., LIMA, M. L. S. A.P, PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.22, n.1, jan./fev., 2014.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v.12, n.24, p.149-161, 2003.

GOULART, F. A. A. **Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

GRILLO, M. D. F. F. et al. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. **Rev Assoc Med Bras** [Internet], v.4, n.9, p.400-05, 2013.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. **Psychological Assessment**, v.7, n.3, p.38-247, September, 1995

HURLEY, A. C.; HARVEY, R. M. The Insulin Management Diabetes Self-efficacy Scale. In: STRICKLAND, O.; DILORIO, C., editors. **Measurement of nursing outcomes**. New York: Springer Publishing Company, 2003. p.52-67.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. **Rev Esc Enf USP**, v.35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **IDF The IDF Diabetes Atlas**. 6 ed. 2013. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetesatlas/>>. Acesso em: 21 setembro 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em:< ftp://ftp.ibge.gov.br/Trabalho_e_Rendimento/Pesquisa_Nacional_por_Amostra_de_Domicilios_anual/2011/notas_tecnicas/notas_tecnicas_sintese_indicadores_e_volume_brasil.pdf> Acesso em: 20 agosto 2015.

JAIMES, P. J. A. *et al.* Evaluación del efecto a largo plazo de intervenciones educativas para el autocuidado de la diabetes. **Cienc. enferm.**[online], v.20, n.3, p.59-68, 2014.

JANNUZZI, F. F. *et al.* Beliefs related to adherence to oral antidiabetic treatment according to the Theory of Planned Behavior. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v.22, n.4, p.529-37, 2014.

JARVIS, J. *et al.* How can structured self-management patient education improve outcomes in people with type 2 diabetes? **Diabet Obes Metab**, v.12, p.12-19, 2010.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v.15, n.1, p.1533-41, 2010.

KISOKANTH, G. *et al.* Factors influencing self-management of Diabetes Mellitus; a review article. **Journal of Diabetology** [Internet], v.3, n.1, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.8, n.3, p. 775-82, 2003.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação crítica e utilização**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LU, Y. *et al.* Measuring Self-Care in Persons With Type 2 Diabetes: A Systematic Review. **Eval Health Prof.**, p.1-54, Jun., 2015.

LUNA, N. S. A. *et al.* Educational intervention: implementation of self-care agency and adherence treatment from the perspective of diabetic patients. **Revista Enfermagem UERJ** [Internet], v.21, n.3, p.289-94, 2013.

MALERBI, D.A.; FRANCO, L.J. Multicenter study of the prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban Brazilian population aged 30-69 yr. The Brazilian Cooperative Group on the Study of Diabetes Prevalence. **Diabetes Care**, v.15, n.11, p.1509-16, Nov, 1992.

MALTA, D. C. *et al.* Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.23, n.4, dez. 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MICHELS, M. J. *et al.* Questionário de atividades de autocuidado com o diabetes: tradução, adaptação e avaliação das propriedades psicométricas. **Arq. Bras Endocrinol Metab.**, v.54, n.7, p.644-51, 2010.

MORAES, A. S. de. *et al.* Prevalência de diabetes mellitus e identificação de fatores associados em adultos residentes em área urbana de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil 2006: Projeto OBEDIARP. **Cad Saúde Pública**, v.26, n.5, p. 929-41, 2010.

MORGAN, D. L. Focus groups as qualitative research. Beverly Hills, **SAGE Publications**, 1996.

MYNAYO, M. C. S. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p.407.

NORONHA, A. P. P.; BAPTISTA, M. N. Relação entre metodologia e avaliação psicológica. In: BAPTISTA, M. N. **Metodologias de pesquisa em ciências**: análises quantitativa e qualitativa. Rio de Janeiro: LTC, 2010.

NUNES, A. M. P. Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o autocuidado. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1982.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of practice. 6.ed. St Louis: Mosby, 2001.

OREM, D. E.; TAYLOR, S. G. Reflections on Nursing Practice Science: The Nature, the Structure, and the Foundation of Nursing Sciences. **Nursing Science Quarterly**, v.24, n.1, p.35–41, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.105p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Fortalecimiento del autocuidado como estratégia de la Atención Primaria en Salud**: La contribución de las instituciones de salud em América Latina. Santiago: OPAS, 2006. 60 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Paso a paso en la educación y el control de la Diabetes**: pautas de atención integral. Washington, D.C: OPAS, 2009.

ORTIZ, L. G. C. *et al.* Condutas de autocuidado e indicadores de saúde em adultos com diabetes tipo 2. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v.18, n.4, Jul./Ago., 2010. Disponível em: www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4205/5209. Acesso em: 01/11/2014.

OTERO, L. M., ZANETTI, M. L.; OGRIZIO, M. D. Conhecimento do paciente diabético acerca de sua doença antes e depois da implantação de um programa de educação em diabetes. **Rev Lat Am Enferm.**, v.16, n.2, 2008.

OTERO, L. M.; ZANETTI, M. L.; SOUZA, C. R. T. Sociodemographic and clinical characteristics of a diabetic population at a primary level healthcare center. **Rev Lat Am Enferm.**, v.15, p.768-73, 2007.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. psiquiatr. Clín.**, São Paulo, v. 25, n.5, p.206-13, 1998.

PASQUALI, L. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP**, v.43, p.992-9, 2009.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

PEREIRA, D. A. *et al.* The effect of educational intervention on the disease knowledge of diabetes mellitus patients. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [Internet], v.20, n.3, [8 telas], 2012.

PÉRES, D. S. *et al.* Dificuldades dos pacientes diabéticos para o controle da doença: Sentimentos e Comportamentos. **Rev Lat Am Enferm.**, v.15, n.6, p.1105-12, 2007.

PEYROT, M. *et al.* Development and validation of the Self-management profile for type 2 diabetes (SMP-T2D). **Health and Quality of Life Outcomes**, v.10, n.125, 2012.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; OWEN, S.V. Is the CVI an Acceptable Indicator of Content Validity? Appraisal and Recommendations. **Research in Nursing & Health**, v.30, p.459-67, 2007.

RAIMONDO, M. L. *et al.* Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v.65, n.3, p.529-34, Mai./Jun., 2012.

REZENDE NETA, D. S.; SILVA, A. R. V.; SILVA, G. R. F. Adherence to foot self-care in diabetes mellitus patients. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.68, n.1, p.103-8, 2015.

ROXAS, R. C.; NICODEMUS JR. N. Adherence to self-care behavior in patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus in the outpatient department of the philippine general hospital. **JAFES**, v. 28 n.2, p.134-42, 2013.

SCHMIDT, M. I. *et al.* Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**. London, v.377, n.11, Issue 9781, p.1.949-61, 2011.

SEARA, S. S.; RODRIGUES, A. S.; ROCHA, R. M. “É muito dificultoso a gente controlar”: Percepções de diabéticos sobre adesão ao tratamento. **Rev enferm UFPE online**, v.7, n.9, p. 5460-68, 2013.

SEVERO, S. B.; SEMINOTTI, N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva** [Internet], v.15, n.1, p.1685-98, 2010.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A.; ZIMMET, P. Z. Diabetes Atlas. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.87, n.1, p.4-14, Jan, 2010.

SILVA, J. V. *et al.* Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado – Dorothea Orem. In: SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. **Teorias de Enfermagem**. 1.ed. São Paulo: Iátria, 2011, p.94.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015.** São Paulo: AC Farmacêutica, 2015.

STACCIARINI, T. S. G.; HAAS, V. J.; PACE, A. E. Fatores associados à auto-aplicação da insulina nos usuários com diabetes mellitus acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.24, n.6, p.1314-22, 2008.

STACCIARINI, T. S.; PACE, A. E. Tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n.3, p.221-9, 2014.

TERWEE, C. B. *et al.* Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v.60, n.1, p.34-42, 2007.

TOOBERT, D. J.; GLASGOW, R. E. Assessing diabetes self-management: the summary of diabetes self-care activities questionnaire. In: BRADLEY, C., editor. **Handbook of Psychology and Diabetes.** Switzerland: Harwood Academic, 1994. p.351-75.

TOOBERT, D. J.; HAMPSON, S. E.; GLASGOW, R. E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale. **Diabetes Care**, v.23, n.7, p.943-50, 2000.

TORQUATO, M. T. C. G. *et al.* Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in the urban population aged 30-69 years in Ribeirão Preto (São Paulo), Brazil. **São Paulo. Medical Journal**, v.121, n.6, p.224-30, 2003.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.777-96, 2009.

UK PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS) GROUP. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). **The Lancet**, v.352, n.9131, p.837-53, 1998.

VERAS, V. S. *et al.* Autocuidado de pacientes inseridos em um programa de automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Rev Gaúcha Enferm** [Internet], v.35, n.4, p.42-8, 2014.

WELCH, G. *et al.* Responsiveness of the Problem Areas In Diabetes (PAID) questionnaire. **Diabet Med.**, v.20, n.1, p.69-72, 2003.

WHITING, D. R. *et al.* Diabetes Atlas. IDF Diabetes Atlas: Global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. **Diabetes Research and Clinical Practice**, v.94, n.3, p.311-21, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action.** Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on noncommunicable diseases**. Geneva: WHO, 2014.

ZANETTI, M. L. *et al.* Progress of the patients with diabetes mellitus who were managed with the staged diabetes management framework. **Acta Paul Enferm.**, v.20, n.3, p.338-44, 2007.

APÊNDICE A

CARTA CONVITE

Prezado (a) Dr. (a). _____,

Meu nome é Simonize Cunha Cordeiro Barreto, sou mestrande do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado “Construção de um instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”. Este projeto, está sob a orientação da professora Dra. Liudmila Miyar Otero e tem por objetivo construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2).

Este projeto será desenvolvido em três etapas a seguir: construção do constructo “Autocuidado de pacientes com DM2”, operacionalização do constructo e construção do instrumento, e análise teórica dos itens. Por meio da presente estamos solicitando a sua colaboração para participar conosco da última etapa deste projeto (análise teórica dos itens - análise dos juízes).

Essa etapa do projeto - "Análise Teórica dos Itens", consistirá no julgamento da pertinência dos itens segundo o construto que representam, nesse caso o "Autocuidado dos pacientes com DM2". A sua participação consistirá em ajuizar se os itens se referem ou não ao constructo em questão.

Para esse julgamento utilizar-se-á um questionário denominado " Questionário de Análise dos Juízes", que será disponibilizado em dois formatos - Word ou formulário eletrônico do Google docs. para escolha conforme a sua preferência.

A sua seleção para participar como juiz neste estudo, foi realizada mediante a busca no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, utilizando os unitermos com duas combinações: "Autocuidado" e "Diabetes" e "Validação" e "Diabetes tipo 2". Após essa identificação, selecionamos os orientadores das teses e dissertações que obtiveram as maiores pontuações nos currículos Lattes, conforme uma adaptação do sistema de pontuação de Fehring (1987).

Além disso, foi considerada a sua grande experiência no manejo do paciente com diabetes mellitus, no ensino, na pesquisa ou na prática assistencial; ou também a sua experiência na construção e validação de instrumentos de mensuração.

Para a confirmação de sua participação solicitamos a gentileza de responder este email.

Após confirmação o (a) Sr. (a) receberá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o Questionário de Análise dos Juízes, nos dois formatos para escolha do que preferir, com as instruções para o preenchimento, e o instrumento a ser validado. Caso prefira receber a documentação pela correspondência convencional, solicitamos que nos remeta seu endereço postal completo para o envio do material acima descrito.

Pedimos que nos devolva no prazo de 30 dias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado (pode ser escaneado por email) e o Questionário de Análise dos Juízes. No caso de preenchimento do questionário no formato do Google docs, o mesmo será enviado automaticamente após conclusão e solicitação do envio.

Ressaltamos que sua contribuição é de fundamental importância para o desenvolvimento desse estudo. Desde já agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Aracaju, ____ de _____ de 2015

Enf. Simonize Cunha Cordeiro Barreto
Mestranda Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Sergipe
Email: simonize_enfufs@yahoo.com.br; Tel. (79) 99620897

Profa. Dra. Liudmila Miyar Otero
Departamento de Enfermagem
Universidade Federal de Sergipe
Email: liudmilamiyar@gmail.com; Tel. (79) 99149115

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE ANÁLISE DOS JUÍZES					
PARTE I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO					
1. Data de Nascimento: / /	2. Idade: anos	3. Gênero: () M () F	4. Cidade/Estado:		
5. Formação profissional:			6. Tempo de formação: _____ anos		
7. Instituição formadora: _____ () pública () privada					
8. Maior titulação: () Mestrado () Doutorado () Pós doutorado () Livre docência					
9. Tempo de experiência profissional em DM2 _____ anos					
10. Instituição que trabalha: _____ () pública () privada					
PARTE II - JULGAMENTO DOS ITENS					
Itens do INAAP-DM2	Domínio sugerido pelos autores	I. Domínio sugerido pelos juízes	II. Julgamento dos itens	III. Julgamento por critérios psicométricos	IV. Alterações sugeridas
			<input type="checkbox"/> Manter sem alterações <input type="checkbox"/> Manter com alterações <input type="checkbox"/> Não manter	<input type="checkbox"/> Objetividade <input type="checkbox"/> Simplicidade <input type="checkbox"/> Clareza <input type="checkbox"/> Relevância <input type="checkbox"/> Precisão <input type="checkbox"/> Modalidade <input type="checkbox"/> Tipicidade <input type="checkbox"/> Credibilidade	
			<input type="checkbox"/> Manter sem alterações <input type="checkbox"/> Manter com alterações <input type="checkbox"/> Não manter	<input type="checkbox"/> Objetividade <input type="checkbox"/> Simplicidade <input type="checkbox"/> Clareza <input type="checkbox"/> Relevância <input type="checkbox"/> Precisão <input type="checkbox"/> Modalidade <input type="checkbox"/> Tipicidade <input type="checkbox"/> Credibilidade	
			<input type="checkbox"/> Manter sem alterações <input type="checkbox"/> Manter com alterações <input type="checkbox"/> Não manter	<input type="checkbox"/> Objetividade <input type="checkbox"/> Simplicidade <input type="checkbox"/> Clareza <input type="checkbox"/> Relevância <input type="checkbox"/> Precisão <input type="checkbox"/> Modalidade <input type="checkbox"/> Tipicidade <input type="checkbox"/> Credibilidade	

APÊNDICE C

INSTRUÇÕES PARA AVALIAÇÃO DOS JUÍZES

1. Descrição sumária dos objetivos e referenciais teórico e metodológico.

O presente estudo tem a finalidade de contribuir com a melhoria da assistência aos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2) uma vez que propõe a construção e validação de conteúdo e aparência de um instrumento específico para avaliar o autocuidado desses pacientes. O desenvolvimento de uma tecnologia, que considere a multidimensionalidade e os domínios relevantes dessa enfermidade, poderá facilitar o seu manejo na medida que permitirá a verificação do cumprimento dos requisitos de autocuidado. Dessa forma, poderá contribuir para fundamentar condutas na prática clínica, bem como na pesquisa científica.

Como referencial teórico para a construção desse instrumento será utilizado o modelo teórico do Autocuidado de Orem. A aplicação desse modelo teórico na assistência das pessoas com diabetes *mellitus* justifica-se com o conceito desta terminologia, autocuidado, que é definida como a prática de atividades para manutenção da vida, saúde e bem-estar realizada pelo indivíduo em seu próprio benefício. Questão esta fundamental para os pacientes diabéticos, uma vez que eles conviverão com esta doença durante toda sua vida (FOSTER; BENNETT, 2000).

Como referencial metodológico, será utilizada a proposta do modelo psicométrico de Pasquali (2010) que envolve a teoria da elaboração de instrumentos de medidas de fenômenos subjetivos e é composta por três conjuntos de procedimentos: teóricos, empíricos e analíticos (estatísticos). Sendo que nesse estudo, será contemplado apenas o polo teórico, por ser esse suficiente para atingir os objetivos propostos.

2. Construção do instrumento

Para a construção do instrumento foram seguidas as seguintes fases, descritas por Pasquali (2010) - definição das dimensões teóricas, definições constitutiva e operacionais.

A definição das **dimensões teóricas do construto “autocuidado de pacientes com DM2”** realizou-se a partir dos seis requisitos de autocuidado em condições de doença definidos no modelo teórico de Orem (2001). As seis dimensões teóricas consideradas foram: A) Buscar e garantir assistência multiprofissional; B) Conhecer e considerar a doença e suas complicações; C)

Aderir ao tratamento prescrito; D) Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento; E) Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde e F) Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida.

Quanto à **definição constitutiva** adotou-se, nesse estudo, a definição de autocuidado de Orem (2001): *“Autocuidado é o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Quando realizado efetivamente ajuda a manter a integridade estrutural e funcional, contribuindo para o desenvolvimento humano”*.

Para concluir a etapa dos procedimentos teóricos, **as definições operacionais** do construto “autocuidado de pacientes com DM2” foram elucidadas através da técnica de pesquisa qualitativa de grupo focal. Foram realizados dois grupos focais distintos, um composto por pacientes com DM2, cadastrados em um serviço ambulatorial e outro por profissionais que trabalham com essa população, dentre eles médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogo.

Além dos grupos focais, alguns itens foram adaptados de outros instrumentos validados nos estudos de Delgado e Lima (2001) e Gomes-Villas Boas, Lima e Pace (2014). Tratam-se dos itens que objetivam avaliar a adesão ao tratamento medicamentoso, tanto para os antidiabéticos orais quanto para a insulina.

Após concluída a operacionalização do constructo em itens, este estudo encontra-se na fase de Análise Teórica dos Itens. Esta análise consiste na obtenção da opinião de especialistas acerca do construto operacionalizado, objetivando garantir a sua validade e a verificação da pertinência dos itens ao construto a ser mensurado.

3. Critérios a serem considerados na avaliação dos itens e instruções para o preenchimento do Questionário.

Para avaliação dos itens será utilizado o **"Questionário de Análise dos Juízes"** disponibilizado em dois formatos - Word e formulário Google docs. Esse questionário é composto por duas partes. Na primeira parte, o juiz preencherá os dados de identificação e formação profissional. Em seguida, na segunda parte, iniciará o julgamento dos itens através da avaliação dos quatro tópicos a seguir:

- I. Domínio sugerido pelos juízes** - o juiz avaliará o domínio ao qual pertence cada item, concordando ou não com a classificação sugerida pelos autores; o mesmo escolherá a letra que representa os domínios a seguir:
- A) Buscar e garantir assistência multiprofissional
 - B) Conhecer e considerar a doença e suas complicações
 - C) Aderir ao tratamento prescrito
 - D) Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento
 - E) Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde
 - F) Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida.
- II. Julgamento dos itens** - o juiz julgará se o item deverá ser mantido ou não no instrumento, assinalando uma das opções: MANTER SEM ALTERAÇÕES, MANTER COM ALTERAÇÕES E NÃO MANTER. Caso opte pela segunda opção, o juiz deverá sugerir alterações necessárias ao item.
- III. Julgamento por critérios psicométricos** - o juiz avaliará os itens segundo os critérios desenvolvidos por Pasquali (2010), apresentados no quadro 1., assinalando todos os que considere que encontram-se presentes no item avaliado. Caso algum critério não esteja assinalado pelo juiz, os autores considerarão que o item não o possui.
- IV. Alterações sugeridas** - o juiz escreverá as alterações que considerar necessárias durante a avaliação de cada item.

Quadro 1: Critérios psicométricos para elaboração os itens (Pasquali, 2010).

Critérios para construção dos itens	
Critério de objetividade	Os itens devem cobrir comportamentos desejáveis (atitude) ou característicos (personalidade). O respondente pode concordar ou discordar, ou opinar sobre se tal comportamento convém ou não para ele, isto é, os itens devem expressar desejabilidade ou preferência.
Critério da simplicidade	O item deve expressar uma única ideia. Itens que introduzem explicações de termos ou oferecem razões ou justificativas são normalmente confusos porque introduzem ideias variadas e confundem o respondente.

Critério da clareza	O item deve ser inteligível até para o estrato mais baixo da população; deve-se utilizar frases curtas, com expressões simples e inequívocas; frases longas e negativas incorrem facilmente na falta de clareza.
Critério da relevância	A expressão (frase) deve ser consistente com o traço (atributo, fator, propriedade psicológica) definido e com as outras frases que cobrem o mesmo atributo. Isto é, o item não deve insinuar atributo diferente do definido; deve expressar o atributo que realmente deseja medir. O critério diz respeito à saturação que o item tem com o construto.
Critério da precisão	O item deve possuir uma posição definida no contínuo do atributo e ser distinto dos demais itens que cobrem o mesmo contínuo. O item deve ser útil na medida do atributo.
Critério da modalidade	Formular frases com expressões de reação modal, isto é, não utilizar expressões extremadas, como excelente, miserável, etc. A intensidade da reação da pessoa é dada na escala de resposta. Se o próprio item já vem apresentado em forma extremada, a resposta na escala de respostas já está viciada.
Critério da tipicidade	Formar frases com expressões condizentes (típicas, próprias, inerentes) com o atributo.
Critério da credibilidade	O item deve ser formulado de modo que não apareça como ridículo, despropositado ou infantil. Itens com essa característica podem contribuir para uma atitude desfavorável do respondente.

4. Prazo

Como esta etapa é essencial para o desenvolvimento do nosso estudo, o qual se torna inviável sem a sua contribuição, solicitamos que nos envie o **"Questionário de Análise dos Juízes"** preenchido em um **prazo máximo de 30 dias**. Esta devolução pode ser feita por resposta eletrônica automática (uso do formulário Google docs.) ou por email (uso do Word). Ressaltamos que caso opte pelo formulário do Google docs., uma vez que inicie o preenchimento do mesmo, deverá completá-lo para conseguir enviá-lo. Este formulário não possui a opção de salvar as informações para continuar o preenchimento em um acesso posterior.

A devolução do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado também poderá ser por via eletrônica (digitalizado) ou por meio postal. Caso escolha a via postal será enviado um envelope previamente selado e endereçado para, em seguida, ser devolvido assinado.

5. Referências

DELGADO, A. B.; LIMA, M. L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicol Saúde Doenças**, v. 2, n.2, p.81-100, 2001.

FOSTER, P. C.; BENNETT, A. M. Dorothea E. Orem. In: GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos à prática profissional. 4.ed. Porto Alegre: Artmed, 2000, p. 88.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C.; LIMA, M. L. S. A. P.; PACE, A. E. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus: validação de instrumentos para antidiabéticos orais e insulina. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 22, n.1, jan./fev., 2014.

OREM, D. E. **Nursing**: concepts of practice. 6.ed. St Louis: Mosby, 2001.

PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica**: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed, 2010.

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - JUÍZES

I – Dados de Identificação:

Nome: _____
 Identidade nº _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ Telefone para contato: _____

II – Dados sobre a Pesquisa

Título: “Construção de um instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com Diabetes Mellitus Tipo 2”.

Autora: Simonize Cunha Cordeiro Barreto

Orientador: Prof^{ra}. Dra. Liudmila Miyar Otero

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Caso decida aceitar o convite para participar do estudo, nós enviaremos por email o instrumento construído (INAAP-DM2) para que seja avaliado segundo os critérios contidos no questionário de análise dos especialistas, que também será enviado por email. As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico. Sua participação é voluntária e o senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo e poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre a pesquisa, eliminando possíveis dúvidas, e o seu nome será mantido em sigilo, conforme assegura a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012/CONEP.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Simonize Cunha Cordeiro Barreto. Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 9962-0897 (celular)
2. Liudmila Miyar Otero. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 2105-1812.

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, fui devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 20____.

 Assinatura do Participante da Pesquisa

 Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GRUPO FOCAL DOS PACIENTES COM DM2

I – Dados de Identificação:

Nome: _____
 Identidade nº _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ Telefone para contato: _____

II – Dados sobre a Pesquisa

Título: “Construção de um instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”.

Autora: Simonize Cunha Cordeiro Barreto

Orientadora: Prof^ª. Dra. Liudmila Miyar Otero

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo construir uma escala para auxiliar na avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2.

A sua participação consistirá em expressar, na linguagem oral, suas opiniões e ideias sobre ações de autocuidado, em uma conversa com um grupo de pacientes com DM2. Essa conversa em grupo terá duração média de uma hora e meia e será gravada para análise posterior. As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico. Sua participação é voluntária, e o senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo. O senhor (a) poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre a pesquisa, eliminando possíveis dúvidas, e o seu nome será mantido em sigilo.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

1. Simonize Cunha Cordeiro Barreto. Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 9962-0897 (celular)
2. Liudmila Miyar Otero. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 2105-1812.

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, fui devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Digital

APÊNDICE F

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GRUPO FOCAL DOS PROFISSIONAIS

I – Dados de Identificação:

Nome: _____
 Identidade nº _____ Data de nascimento: ____/____/____
 Endereço _____
 Bairro: _____ Cidade: _____
 CEP: _____ Telefone para contato: _____

II – Dados sobre a Pesquisa

Título: “Construção de um instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”.

Autora: Simonize Cunha Cordeiro Barreto

Orientador: Prof^ª. Dra. Liudmila Miyar Otero

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2.

A fim de alcançar esse objetivo, será realizada uma pesquisa qualitativa, utilizando a técnica de grupo focal. A sua participação consistirá em expressar suas opiniões e ideias sobre ações de autocuidado, em uma conversa com um grupo multiprofissional com experiência em DM2. Essa conversa terá duração média de uma hora e meia e será gravada para análise posterior. As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico. Sua participação é voluntária e o senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo e poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre a pesquisa, eliminando possíveis dúvidas, e o seu nome será mantido em sigilo, conforme assegura a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012/CONEP.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

3. Simonize Cunha Cordeiro Barreto. Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 9962-0897 (celular)
4. Liudmila Miyar Otero. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 2105-1812.

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, fui devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

APÊNDICE G

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) - PACIENTES COM DM2 (PRÉ-TESTE)

I – Dados de Identificação:

Nome: _____

Identidade nº _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço _____

Bairro: _____ Cidade: _____

CEP: _____ Telefone para contato: _____

II – Dados sobre a Pesquisa

Título: “Construção de um instrumento de Avaliação do Autocuidado dos pacientes com Diabetes *Mellitus* Tipo 2”.

Autora: Simonize Cunha Cordeiro Barreto

Orientadora: Prof^ª. Dra. Liudmila Miyar Otero

Estamos realizando uma pesquisa que tem como objetivo construir uma escala para auxiliar na avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2.

A sua participação consistirá em responder as perguntas realizadas pelo (a) enfermeiro (a) durante a entrevista. As informações obtidas serão confidenciais e utilizadas apenas com propósito científico. Sua participação é voluntária, e o senhor (a) tem a liberdade de desistir a qualquer momento, deixando de participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo. O senhor (a) poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre a pesquisa, eliminando possíveis dúvidas, e o seu nome será mantido em sigilo.

III – Informações dos nomes, endereços e telefones dos responsáveis pelo acompanhamento da pesquisa.

3. Simonize Cunha Cordeiro Barreto. Enfermeira, mestranda em enfermagem pela Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 9962-0897 (celular)

4. Liudmila Miyar Otero. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe. Rua Cláudio Batista, SN – Bairro: Sanatório – Aracaju/Se. Telefone: (79) 2105-1812.

IV – Consentimento pós-esclarecido

Declaro que, fui devidamente esclarecido (a) pela pesquisadora, e, tendo entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa.

Aracaju/Se, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

Digital

APÊNDICE H

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS DE PESQUISA

À Maria José Freitas Pereira

Coordenadora do Ceps da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju

Venho por meio desta, solicitar autorização para realizar a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado: "CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2", que tem como objetivo construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2. Este projeto faz parte das atividades desenvolvidas no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Sergipe e tem como pesquisador responsável a mestrande Enf^a. Simonize Cunha C. Barreto e orientadora a Profa. Dra. Liudmila Miyar Otero.

Qualquer dúvida pode ser dirimida por meio do contato no telefone: (79) 9962-0897 ou e-mail: simonize_enfufs@yahoo.com.br. ou liudmilamiyar@gmail.com. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, a coleta de dados deste projeto será iniciada, atendendo todas as solicitações administrativas desse Núcleo de Educação Permanente. Certos de contarmos com a sua colaboração, coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento.

Aracaju, 23 de Dezembro de 2014.

Simonize Cunha Cordeiro Barreto

Simonize Cunha Cordeiro Barreto

Pesquisador responsável

COREN/SE 223619

Liudmila Miyar Otero

Liudmila Miyar Otero

Orientadora da pesquisa

COREN/SE 0111708

Profa. Dra. Liudmila Miyar Otero
Universidade Federal de Sergipe - DEN
SIAPE 1541701
COREN 0111708

Autorizo que os pesquisadores responsáveis (Enf^a. Simonize Cunha C. Barreto e a Profa. Dra. Liudmila Miyar Otero) pelo projeto de pesquisa a ser submetido ao CEP/UFS e intitulado "CONSTRUÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2", utilizem o espaço da Instituição (Ambulatório do Hospital Universitário de Sergipe – HU/SE) com o objetivo de coletar os dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e a respectiva coleta de dados serão válidas somente após a aprovação do protocolo de pesquisa emitido pelo CEP/UFS.

Maria José Freitas Pereira
Coordenadora do Centro de Educação
Permanente em Saúde - CEPS / SMS
Aracaju-Sergipe

Aracaju, 23 de Dezembro de 2014.

Maria José Freitas Pereira

Maria José Freitas Pereira

Coordenadora do Ceps da SMS de Aracaju

CPF. 137 899 965 - 72

APÊNDICE I

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE
ARACAJÚ/ UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SERGIPE/ HU-

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Construção de um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2

Pesquisador: LIUDMILA MIYAR OTERO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40789414.8.0000.5546

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 976.939

Data da Relatoria: 05/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de desenvolvimento metodológico com abordagem psicométrica que tem por objetivo construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Construir um instrumento de avaliação do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo Secundário:

- Identificar o significado e as dimensões do autocuidado dos pacientes com diabetes mellitus tipo 2;
- Analisar a dimensionalidade do constructo autocuidado;
- Desenvolver os itens para cada dimensão do constructo autocuidado;
- Avaliar a validade de conteúdo e aparência do instrumento construído.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os itens obrigatórios devidamente preenchidos, TCLE, orçamento e cronograma. Os benefícios desta pesquisa são a criação de um material de orientação ao paciente.

Recomendações:**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não se aplica

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ARACAJU, 09 de Março de 2015

Assinado por:
Anita Hermínia Oliveira Souza
(Coordenador)

APÊNDICE J

Instruções para aplicação do Instrumento de Avaliação do Autocuidado dos Pacientes com DM2 (INAAP-DM2)

Este instrumento tem a finalidade de avaliar o autocuidado dos pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2, considerando a multidimensionalidade dessa enfermidade e permite identificar o cumprimento dos requisitos de autocuidado. Dessa forma, o propósito é contribuir para fundamentação de condutas na prática clínica, bem como na pesquisa científica.

O instrumento deve ser aplicado por profissionais de saúde ou pesquisadores. O mesmo é composto por 6 domínios, que correspondem aos requisitos de autocuidado definidos pelo modelo teórico de Orem (2001).

Para cada item o profissional deve assinalar um círculo na escala de 1 a 5, de acordo com as respostas e demonstrações do paciente. Ao final de cada domínio, a pontuação deverá ser somada e dividida pelo número de itens aplicados. Os itens que o profissional assinalar a opção NSA (Não se aplica) não devem ser contabilizados no cálculo do escore. A aplicação de cada domínio resultará em um escore parcial. Orientamos que durante a aplicação dos itens, o profissional avalie as respostas do paciente, conferindo-as com a realidade observada (ex. uso de calçado adequado).

Vale ressaltar que devido à extensão (quantitativo de itens), a utilização desse instrumento por equipes multiprofissionais em serviços de saúde, deve considerar a possibilidade de aplicação isolada dos domínios, de acordo com as respectivas especialidades. Por exemplo, o nutricionista aplica o domínio C - plano alimentar, o médico aplica o domínio C - tratamento medicamento, o enfermeiro aplica o domínio B - conhecimento da doença e complicações e domínio D - conhecimento dos desconfortos do tratamento, o psicólogo aplica o domínio E - aceitação da doença e F - aprender a viver com os efeitos das medidas de tratamento.

Seguem os domínios e alguns itens com considerações para o momento da aplicação do instrumento:

A) Buscar e garantir assistência multiprofissional;

- Itens 9 a 12 - caso o paciente nunca tenha tentado consultar-se com algum desses profissionais, assinalar NSA.

- Itens 7, 13 e 18 - considerar grupos de orientação a participação do paciente em encontros onde são discutidos temas para educação em diabetes.
- Itens 14 a 17 - caso o paciente nunca tenha se consultado com algum desses profissionais, assinalar NSA.
- Itens 13 e 18 - caso o paciente nunca tenha participado de grupos de orientação em diabetes *mellitus*, assinalar NSA.
- Item 20 - considerar recurso financeiro os gastos com transporte, alimentação e estadia.
- Itens 21 a 26 - considerar que o termo *conseguir atendimento de saúde* refere-se a marcar o atendimento e/ou chegar a receber atendimento no serviço de saúde;
- Itens 22 e 24 - caso o paciente responda NUNCA nos itens 21 e 23, respectivamente, assinalar NSA.

B) Conhecer e considerar a doença e suas complicações;

- Item 27 - quando o paciente responder o item de forma incompleta, como "o excesso de açúcar" ou "alteração no sangue", assinalar o escore 3.
- Itens 28 a 32 - assinalar o escore de acordo com a quantidade de itens respondidos pelo paciente.

C) Aderir ao tratamento prescrito;

C.1. Tratamento medicamentoso - Comprimidos para diabetes

- Itens 35 a 41 - aplicar apenas aos pacientes que usam comprimidos para diabetes; assinalar NSA, caso o paciente não use comprimidos para diabetes.
- Item 39 - questionar ao paciente com que frequência ele aumenta a quantidade de comprimidos, que foram prescritos pelo médico, por ter se sentido pior.

C.2. Tratamento medicamentoso - Insulina

- Itens 42 a 51 - aplicar apenas aos pacientes que usam insulina; assinalar NSA, caso o paciente não use insulina;
- Item 43 - o paciente pode necessitar da ajuda de outra pessoa para aplicar insulina devido a deficiências - física, visual, cognitiva, dentre outras;
- Item 48 - questionar ao paciente com que frequência ele aumenta a quantidade de unidades de insulina, que foram prescritas pelo médico, por ter se sentido pior, como por exemplo, ao exagerar na

quantidade de comida/doces.

- Item 51 - considerar qualquer situação que gere insegurança ao paciente durante a aplicação da insulina, como a técnica de aplicação, a qualidade do material;
- Itens 52 e 53 - assinalar o escore de acordo os itens demonstrados pelo paciente. Para o item 52, considerar as áreas de aplicação que o paciente conhece; Para o item 53, o profissional precisará de uma seringa de 1 ml para que o paciente demonstre a técnica. Devem ser aplicados aos pacientes que fazem uso de insulina.

C.3. Tratamento não medicamentoso - Plano alimentar

- Item 55 - caso o paciente responda NUNCA no item 54, assinalar NSA.
- Itens 56 a 65 - as recomendações e os exemplos de alimentos foram retirados do Caderno de Atenção Básica, n. 36 - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes *mellitus* / Ministério da Saúde, 2013.
- Item 59 - caso o paciente informe que a leitura dos rótulos dos alimentos é realizada por um familiar/amigo/vizinho devido a deficiência visual ou cognitiva, assinalar a opção NUNCA, já que ele depende de outra pessoa para realizar esse autocuidado.
- Item 60 - uma porção equivale a um pão francês ou duas fatias de pão de forma ou quatro colheres de sopa de arroz.
- Item 61 - uma porção de verduras (ex. alface, brócolis, couve, espinafre) equivale a três colheres de sopa; e de legumes (ex. pepino, tomate, abobrinha, cenoura, beterraba) equivale a duas colheres de sopa. Legumes como batata, mandioca e cará não são recomendados.
- Item 62 - uma porção equivale a uma maçã média ou uma banana ou uma fatia média de mamão ou uma laranja média.

C.4. Tratamento não medicamentoso - Plano de atividades físicas

- Não aplicar os itens desse subdomínio quando houver contraindicação para a prática de atividade física; assinalar NSA.
- Item 68 - considerar que a atividade física pode ser fracionada em três momentos distintos do dia, de pelo menos 10 minutos contínuos.
- Itens 71 a 77 - aplicar apenas aos pacientes que realizam alguma atividade física; assinalar NSA, caso o paciente não pratique atividade física.

- Item 73 - orientar a ingestão de carboidrato se a glicemia capilar estiver menor que 100 mg/dl; e evitar se exercitar se a glicemia capilar estiver maior que 250 mg/dl.
- Item 77 - aplicar apenas aos pacientes que praticam atividade física e usam insulina; caso o paciente faça uso de insulina, ele não deve injetá-la próximo a áreas de grandes grupamentos musculares que serão usados durante o exercício (p. ex., não injetar insulina na coxa se pretende pedalar).

C.5. Tratamento não medicamentoso - Monitorização da glicemia

- Itens 79 a 85 - aplicar apenas aos pacientes que realizam a monitorização domiciliar da glicemia; assinalar, NSA caso o paciente não realize monitorização domiciliar.
- Item 79 - assinalar NSA, caso o paciente informe que não foi orientado por algum profissional quanto ao número de medições necessárias;
- Itens 80 e 81 - caso o paciente informe que o registro dos resultados da medição do açúcar é realizada por um familiar/amigo/vizinho devido a deficiência visual ou cognitiva, assinalar a opção NUNCA, já que ele depende de outra pessoa para realizar esse autocuidado.
- Item 81 - considerar o mapa glicêmico, como um formulário sistematizado para registro dos valores da glicemia capilar.
- Item 85 - assinalar o escore de acordo com os itens demonstrados pelo paciente. O profissional precisará de um glicosímetro, um lancetador e uma tira teste para que o paciente demonstre a técnica (não há necessidade de gerar a gota de sangue).

C.6. Tratamento não medicamentoso - Cuidado com os pés

- Item 89 - avaliar se a resposta do paciente condiz com a realidade observada (se o calçado utilizado pelo paciente é adequado).
- Item 93 - assinalar NSA, caso o paciente informe que nunca apresentou calo ou unhas encravadas. Considerar como exemplo de profissional especializado, os podologistas ou cirurgiões.
- Item 94 - assinalar NSA, caso o paciente informe que nunca realizou banho de água morna nos pés.
- Item 95 - assinalar NSA, caso o paciente informe que nunca apresentou alterações nos pés.
- Item 96 - assinalar, NSA caso o paciente informe que não calça meias.

D) Conhecer e considerar os desconfortos do tratamento;

- Itens 98 a 103 - assinalar o escore de acordo com a quantidade de itens respondidos pelo paciente.

- Item 105 - assinalar NSA, caso o paciente responda NUNCA no item 104.
- Itens 106 a 109 - assinalar NSA, caso o paciente não use comprimidos para o diabetes.
- Item 106 - assinalar o escore de acordo com a quantidade de itens respondidos pelo paciente, considerando os desconfortos que ele conhece.
- Itens 110 a 113 - assinalar NSA, caso o paciente não use insulina.
- Item 110 - assinalar o escore de acordo com a quantidade de itens respondidos pelo paciente, considerando os desconfortos que ele conhece.

E) Aceitar a doença e a necessidade de atendimento de saúde;

- Item 123 - assinalar NSA, caso o paciente responda NUNCA no item 122.

F) Aprender a viver com os efeitos da doença e as consequências do diagnóstico médico e das medidas de tratamento no estilo de vida.

Legenda: NSA - Não se aplica.